# Perspectives sur la planification familiale et la santé de la reproduction au Bénin



Ministère du Plan, de la Restructuration Économique et de la Promotion de l'Emploi
Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique




MEASURE *DHS+*
Macro International Inc.

# Perspectives sur la planification familiale et la santé de la reproduction au Bénin

**Résultats d'analyses approfondies de la Première Enquête Démographique et de Santé au Bénin**

Éditeurs
Gora Mboup
Nicaise Kodjogbé

Ministère du Plan, de la Restructuration
Économique et de la Promotion de l'Emploi
Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique
Cotonou, Bénin

Macro International Inc.
Calverton Maryland, USA

Décembre 1999

Ce rapport présente les principaux résultats du Projet d'Analyses Approfondies de la Première Enquête Démographique et de Santé en République du Bénin (EDSB-I, 1996) qui a été coordonné en 1998-1999 par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (Ministère du Plan, de la Restructuration Économique et de la Promotion de l'Emploi). Comme l'EDSB-I, le Projet d'Analyses Approfondies a bénéficié de l'appui financier de l'Agence des États Unis pour le Développement International (USAID), et de l'assistance technique de Macro International Inc.

Le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS) fournit une assistance aux agences gouvernementales et privées pour la réalisation d'enquêtes dans les pays en développement. Financé principalement par l'Agence des États Unis pour le Développement International (USAID), DHS est un programme exécuté par Macro International Inc. Les principaux objectifs du programme sont : (1) fournir aux responsables des pays participant au programme les données de base et les analyses utiles pour une prise de décisions adéquates, (2) développer la base de données sur la population et la santé à l'échelle internationale, (3) développer de nouvelles méthodologies d'enquête, et (4) renforcer, dans les pays participant au programme, les capacités et les ressources nécessaires pour la réalisation d'enquêtes démographiques et de santé d'un haut niveau.

Des informations complémentaires sur le Projet d'Analyses Approfondies et sur l'EDSB-I peuvent être obtenues auprès de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, BP 323, Cotonou, Bénin, (Téléphone (229) 314101 ou 312898). Concernant le Programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; Email reports@macroint.com).

Citation recommandée :

Mboup, Gora et Nicaise Kodjogbé. 1999. *Perspectives sur la planification familiale et la santé de la reproduction au Bénin.* Calverton, Maryland USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc.

# TABLE DES MATIÈRES

Page

Page

# PRÉFACE

La première Enquête Démographique et de Santé en République du Bénin (EDSB-I), financée par l'Agence des États Unis pour le Développement International (USAID) et l'UNICEF, a été réalisée en 1996 par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (Ministère du Plan, de la Restructuration Économique et de la Promotion de l'Emploi). L'EDSB-I, initiée par le gouvernement du Bénin, fait partie de la troisième phase du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille. Un autre objectif important du programme DHS est de promouvoir l'utilisation des données par le biais d'analyses approfondies ou régionales. Lors du séminaire national de dissémination des résultats de l'EDSB-I en juillet 1997, l'une des principales recommandations des participants concernait la réalisation d'analyses approfondies sur des thèmes spécifiques et au niveau du département. En réponse à cette recommandation, en mai 1998, l'USAID a confié au programme MEASURE/DHS+ l'assistance technique pour la réalisation d'études approfondies sur la santé reproductive au Bénin.

En juillet 1998, une vingtaine de propositions de recherche couvrant différents aspects de la santé reproductive et de la planification familiale ont été soumises par des chercheurs béninois. Afin d'inclure, autant que possible, tous les chercheurs dans cette étape d'analyse approfondie, Macro et INSAE ont décidé d'organiser un atelier d'analyse(octobre 1998) pour toutes les personnes ayant soumis une proposition. Cet atelier a permis de former des groupes multidisciplinaires (démographes, sociologues, médecins, spécialistes en santé publique, économistes, etc.) autour des principaux thèmes suivants

- Besoins en planification familiale
- Fécondité des adolescentes
- Mortalité des enfants
- Santé maternelle et infantile
- Évaluation des Statistiques sanitaires
- Éducation des filles

À la fin de l'atelier, la plupart des groupes de recherche disposaient des indicateurs et analyses statistiques nécessaires pour la poursuite de leurs travaux. L'atelier a également permis de créer un renforcement institutionnel en terme de conceptualisation, d'opérationnalisation et d'analyses statistiques.

Les six thèmes développés dans l'atelier constituent les principales parties du présent document qui, enfin, fait suite aux premiers rapports publiés - rapport préliminaire (septembre 1996), rapport final et rapport de synthèse (avril 1997), et aux six rapports départementaux (juillet 1999).

Les auteurs de ce document tiennent à remercier la mission de l'USAID au Bénin pour avoir bien voulu accepter de financer leurs recherches, en particulier son Représentant M. Thomas Park qui était très favorable à la conduite d'analyses approfondies. Le soutien inlassable de Mme Susan Wolf a permis la mise en oeuvre de ce projet de recherche. Mme Alicia Dinerstein et Mme Laura Hoemeke, arrivées au cours de l'exécution du projet ont accordé une grande importance à la poursuite des analyses approfondies et à leur utilisation. Les participants tiennent également à remercier Macro International et l'INSAE; sans leur coordination technique si efficace, ce document ne serait probablement pas d'une haute qualité scientifique. Nous remercions particulièrement Mohamed Ayad et Monique Barrère pour leurs commentaires pertinents ainsi que Celia Khan pour la mise en forme finale du rapport. Nous remercions également Policy Project au Bénin pour voir accepté que l'atelier d'analyse se tienne dans ses locaux.

## AUTEURS

**Thème 1**
Besoins en planification familiale et perspectives sur la fécondité au Bénin

Etienne Folabi Kouton, Démographe, chercheur au CEFORP
Abou Bakary Pio, Démographe, Ministère de la Santé
Elizabeth Gnansounou Fourn, Sociologue, Professeur à l'Université du Bénin
Justin Yélognissé Tossou, Médecin, Coordonnateur au Policy Project

**Thème 2**
La santé sexuelle et reproductive des adolescentes au Bénin : sexualité, mariage, reproduction et exposition au sida

Gilles Expédit Gohy, Démographe, chercheur au CEFORP

**Thème 3**
Facteurs de surmortalité post-néonatale au Bénin

Bruno Kocou Djagba, Démographe, INSAE
Gora Mboup, Démographe, Coordonnateur de pays, Macro International
Alphonse Guedeme, Médecin, chercheur au CREDESA
Bruno Magloire Nouatin, Démographe, INSAE

**Thème 4**
Comportement des mères et soins enfants

Léonard Fourn, Médecin, Professeur à l'Université du Bénin
Victorine Mensah, Sociologue, chercheur à l'INSAE
Nicaise Kodjogbé, Démographe, Directeur des Études Démographiques, INSAE
Micheline Agoli-agbo, Spécialiste en Santé publique, Chercheur au CEFORP
Gora Mboup, Ph D. Démographe, Coordonnateur de pays, Macro International

**Thème 5**
Évaluation du système national d'information et de gestion sanitaire (SNIGS) à partir de l'enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB-I)

Rafatou Bachabi Houndekon, Démographe, Ministère de la Santé

**Thème 6**
Déterminants de la scolarisation des filles et santé reproductive au Bénin

Julien Guingnido Gaye, Démographe, Directeur Adjoint de Cabinet du Ministre du Plan
Martin H. Laourou, Démographe, Coordonnateur de Policy Project (Futures Group) au Bénin
Jean Kokou Zounon, Statisticien économiste, Chercheur à l'INSAE

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'EDSB-I a permis d'évaluer les niveaux, tendances et variations de la fécondité et de la mortalité dans le pays. Les résultats de l'enquête confirment les hauts niveaux de fécondité et de mortalité observés au moment de l'enquête béninoise sur la fécondité (EBF,1982) et au niveau du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH, 1992). Les résultats de l'EDSB-I indiquent un niveau de fécondité relativement élevé (6 enfants par femme) dans un contexte d'unions précoces (plus de la moitié des femmes sont en union avant l'âge de 19 ans) et de faible pratique de la contraception moderne (3%). Par ailleurs, ces résultats révèlent le niveau élevé de la mortalité avec 94 pour 1000 enfants qui décèdent avant le premier anniversaire et 167 pour 1000 enfants qui n'atteignent pas l'âge de cinq ans. Cette forte mortalité est associée à une forte morbidité malgré une situation assez favorable du suivi des grossesses (80%) et de la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois (56 %). Le présent rapport est composé des six thèmes d'analyse approfondie aidant à mieux comprendre la santé reproductive et la planification familiale au Bénin.

Parmi les conclusions du séminaire de dissémination figuraient le défi qui est lancé au gouvernement, aux communautés et aux partenaires de la République du Bénin afin de satisfaire la demande combien importante des femmes en matière de planification familiale afin de sauvegarder la santé reproductive.

Le premier thème de ce document réalisé par *Etienne Folabi Kouton, Abou Bakary Pio, Elizabeth Gnansounou Fourn et Justin Yélognissé Tossou* a pour objectif d'évaluer les besoins en PF et de dégager les perspectives d'utilisation future de la PF. Les auteurs, en partant du cadre d'analyse développé par M. Montgomery (1992) qui intègre les différentes théories de J.C. Caldwell et al (1987) de R. Lesthaeghe (1989), R. Easterlin et E. Crimmins (1985) ont examiné les relations entre les facteurs socio-économiques et culturels et la planification familiale (PF).

Du point de vue analytique, les auteurs ont utilisé le modèle de Bongaarts et al. (1984) pour examiner les effets inhibiteurs des niveaux de nuptialité, de la pratique contraceptive et d'infécondabilité post-partum sur les niveaux et variations de la fécondité au Bénin. L'application de ce modèle a permis d'identifier un autre facteur qui influe sur la fécondité, il s'agit de la pratique des avortements. Les auteurs ont ensuite, à l'aide du modèle de Westoff, estimé les besoins non satisfaits et la demande en PF au Bénin. Au delà de l'application du modèle de Westoff, les auteurs ont examiné les raisons de la non-satisfaction des besoins en PF et estimer la prévalence future de la contraception à partir de plusieurs scénarios de satisfaction des besoins en PF.

Les principaux résultats de l'étude s'articulent autour du fait que l'infécondabilité post-partum due à l'allaitement et à l'abstinence post-partum est le premier facteur limitant la fécondité au Bénin. Ainsi, les auteurs recommandent un soutien plus important de l'allaitement maternel. Par ailleurs, cette étude montre qu'en plus de l'infécondabilité post-partum, la pratique des avortements contribue significativement à la baisse de la fécondité, surtout dans le département de l'Atlantique. Par conséquent, les auteurs recommandent la mise en place d'un programme national de lutte contre les pratiques abortives et la conception de stratégies de reconversion des femmes à l'usage des méthodes modernes.

En plus des besoins de reconversion des pratiques abortives en méthodes modernes de contraception, cette étude met en évidence une forte demande de PF qui n'était pas encore satisfaite. Les femmes en union ayant des besoins non satisfaits qui avaient, par le passé, utilisé une méthode traditionnelle et celle qui n'ont jamais utilisé une méthode quelconque optent en majorité pour une méthode moderne en cas d'utilisation future de la PF. Ainsi, il importe d'évaluer, de réorienter si nécessaire les activités des programmes de promotion de la fécondité responsable au Bénin, et de mettre en œuvre des stratégies cohérentes pour satisfaire la demande future annoncée des méthodes contraceptives modernes. Avec cette tendance, la demande des services de planification familiale moderne à satisfaire à terme serait de 42 % chiffre proche du taux de prévalence contraceptive à l'horizon 2016 (40 %) fixé par la déclaration de politique nationale de population du Bénin.

Lors des premiers résultats de l'EDSB-I, la santé reproductive des adolescentes constituaient une préoccupation majeure. Le deuxième thème conduit par *Gilles Expédit Gohy* a concerné l'évaluation de la vulnérabilité des adolescentes par rapport à la reproduction, la sexualité et le sida. En étudiant la fécondité des adolescentes en fonction du critère novateur de la vulnérabilité, cette étude permettra une meilleure orientation des programmes de santé reproductive des adolescentes, en ciblant mieux les campagnes d'IEC. Plus spécifiquement, il s'agit dans cette étude :

- d'examiner les connaissances et pratiques des adolescentes face aux MST/SIDA;

- d'étudier les déterminants de ces connaissances et pratiques, en fonction des facteurs socio-démographiques et économiques des adolescentes (l'instruction, le mariage, etc.);

- de statuer sur les besoins des adolescentes en matière d'information, d'éducation et de communication pour prévenir les grossesses/naissances non voulues ou non planifiées d'une part et les maladies sexuellement transmises et le sida, d'autre part.

En plus de la fécondité et de la planification familiale, les résultats de l'enquête ont révélé qu'au Bénin le niveau élevé de la mortalité infantile est tributaire de la surmortalité post-néonatale. Le troisième thème réalisé par *Bruno Kocou Djagba, Gora Mboup, Alphonse Guédémé et Bruno Magloire Nouatin* a consisté à identifier les facteurs de la surmortalité néonatale. Dans un premier temps, les auteurs ont évalué, sur une période de 20 ans, les niveaux et tendances de la mortalité post-néonatale en rapport avec la mortalité néonatale. Ensuite, ils ont procédé a l'évaluation de l'incidence de la morbidité infantile, d'une part et de l'impact de la vaccination des enfants d'autre part, sur la surmortalité post-néonatale. Enfin, en s'appuyant sur le cadre analytique de Mosley et Chen, cette étude a examiné les multiples facteurs qui agissent sur la mortalité, à savoir les caractéristiques socio-démographiques de la mère (niveau d'instruction, milieu de résidence, ethnie, religion, etc.), reproductives (intervalle intergénésique, rang de naissance, etc.), sanitaires (soin prénatals et assistance a l'accouchement.) et environnementales (lieux d'aisance et approvisionnement en eau).

Cette étude a montré que la surmortalité post-néonatale s'explique par le fait que les enfants béninois vivent dans un environnement à forte morbidité. Près des trois quarts d'entre eux souffrent de la diarrhée, des IRA, de la fièvre ou de la malnutrition. Cette forte morbidité s'explique, entre autres, par l'introduction précoce d'aliments de complément chez les enfants de moins de 4 mois et les pratiques alimentaires inadéquates chez les enfants de plus de 4 mois. En outre, les meilleures conditions environnementales (disposition d'eau potable courante et de latrines couvertes) sont déterminantes dans l'explication de la réduction de la morbidité. Au niveau du comportement reproductif, la fécondité précoce, voire les mères adolescentes, les intervalles de naissances courts (inférieurs à 24 mois) contribuent à l'accroissement de la morbidité. Ces résultats montrent que la stratégie de lutte contre la forte morbidité devra passer en dehors des hôpitaux, au niveau des individus, des ménages et des communautés, et être plus préventive que curative. Cependant, les effets de la plupart des interventions ne peuvent se réaliser dans un court terme. Par exemple, la généralisation de l'eau potable courante et des latrines, le changement de comportement reproductif ne peuvent être réalisés dans un programme à court terme et avoir un effet immédiat sur la mortalité. Toutefois, dans un processus de long terme, ces facteurs pourront contribuer considérablement à la baisse de la mortalité des enfants.

La mortalité infantile, comme l'a montré l'étude de Djagba, Mboup, Guédémé et Nouatin, est tributaire du comportement des mères vis-à-vis des soins des enfants. Le quatrième thème conduit par *Léonard Fourn, Victorine Mensah, Nicaise Kodjogbé, Micheline Agoli-agbo et Gora Mboup,* s'est proposé d'évaluer le rôle du comportement des femmes, de la disponibilité et de la qualité des services dans la santé infantile. Il s'agit spécifiquement de :

- examiner le comportement des mères vis-à-vis des soins préventifs et de la prise en charge des maladies infantiles;
- évaluer le rôle de la disponibilité des services et de la qualité des soins dans la couverture des soins préventifs et curatifs.

Cette évaluation est rendue possible grâce à la combinaison des données de l'enquête individuelle auprès des femmes, d'une part et des données sur la disponibilité des services communautaires (santé et planification familiale), d'autre part. Bien que les données des enquêtes soient très limitées quant à l'évaluation de la qualité des soins, des indicateurs de qualité des services sanitaires, de disponibilité des services et, enfin, de comportement ont pu être élaborés et opérationnalisés. Cette étude a d'abord procédé à l'analyse des facteurs influençant l'utilisation des soins prénatals : le comportement des mères, la qualité des soins et la disponibilité des services. Deux éléments ont été utilisés pour l'identification de ces facteurs : le nombre de visites prénatales et les soins reçus. Pour ces derniers, la vaccination antitétanique de la mère a été retenue comme un indicateur dont la combinaison avec la fréquence des visites prénatales a permis d'apprécier la qualité des soins. Elle a ensuite procédé à l'étude du comportement des mères vis-à-vis des soins des enfants (alimentation, vaccination et traitement des maladies).

Les résultats de cette étude révèlent, du point de vue du comportement des femmes, une prise en charge tardive de la grossesse dès le premier trimestre, une discontinuité dans les visites prénatales et dans l'accouchement dans les établissements sanitaires. Par ailleurs, cette étude relève certaines lacunes au niveau de la qualité des services de santé avec, en particulier, l'oubli fréquent de vacciner les femmes contre le tétanos (VAT) au cours des visites prénatales. À ce niveau, la compétence du personnel de santé (connaissance, comportement, etc.) et la disponibilité des services doivent être renforcées. L'amélioration de la qualité des services pourrait contribuer à une meilleure couverture des soins prénatals et à une meilleure couverture médicale des accouchements. Cependant, l'absence de données adéquates a empêché aux auteurs d'évaluer, d'une manière précise, l'impact de cette amélioration sur l'accroissement de la couverture sanitaire, voire l'amélioration de la santé des enfants.

Cette absence de données adéquates a empêché non seulement une évaluation précise de la qualité des services de santé mais aussi la mesure des causes de décès infantiles. Cependant, en plus des données de l'enquête démographique et de santé, les statistiques sanitaires fournissent des informations sur l'utilisation des services de santé. L'information sanitaire au Bénin est gérée par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS). Il a été mis en place depuis 1989 pour permettre une planification adéquate et une bonne programmation des activités de santé sur tout le territoire national. Pour ce faire, il devrait fournir à tout moment les statistiques sanitaires concernant toute la population : collecter, synthétiser, analyser et publier chaque année les bilans d'activité des formations sanitaires, qu'elles soient publiques, privées ou traditionnelles.

Le cinquième thème conduit par *Rafatou Bachabi Houndekon* a tenté d'évaluer la couverture du SNIGS à partir de l'EDSB-I. La question, à l'origine de ce travail est de savoir si, compte tenu du niveau actuel de la collecte du SNIGS, les indicateurs produits par ce dernier sont valides ou non? En d'autres termes, le SNIGS, à son niveau actuel de collecte de données sanitaires, peut-il prétendre disposer des outils nécessaires à une programmation et à une planification adéquates des activités sanitaires nationales?

En s'appuyant sur le cadre analytique développé par P. Fournier et S. Haddad (1995), l'étude a évalué le processus d'utilisation des différents secteurs de santé (public ou privé, moderne ou traditionnel). Les résultats de cette étude révèlent :

- l'existence d'un enchevêtrement complexe de systèmes et de sous-systèmes médicaux;
- l'existence d'une pluralité des soins offerts et leur utilisation diversifiée;
- une indépendance relative des utilisateurs vis-à-vis des prestataires.

Cette étude est digne d'intérêt car la combinaison des statistiques sanitaires et des données EDS constitue une excellente source de données pour l'évaluation de la santé maternelle et infantile. Les résultats obtenus montrent que le SNIGS peut encore servir d'outil de programmation et de planification mais qu'il est impératif de tenter de diminuer le nombre d'accouchements à domicile tout en essayant d'inclure les secteurs privés lucratif et confessionnel exerçant sur le territoire national.

Les implications de cette étude pour le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires sont nombreuses :

- Utiliser davantage les diverses statistiques publiées par le système sur les accouchements pour faire des analyses dans les recherches opérationnelles.
- Organiser une autre collecte (à une échelle locale ou nationale) afin d'évaluer la couverture des soins curatifs au sein de la population en général.
- Augmenter les supervisions au niveau de tout le système et surtout en périphérie afin de sauvegarder dans un premier temps les acquis, dans un second temps, d'améliorer la qualité des données collectées.
- Trouver de commun accord avec les représentants du secteur privé un processus permettant d'intégrer de manière systématique les résultats de leurs activités à la collecte nationale.

Les cinq premiers thèmes ont montré que l'éducation constitue l'un des principaux facteurs influençant la santé reproductive. Les femmes instruites sont celles qui, plus fréquemment, utilisent la planification familiale et les services de santé maternelle et infantile, et assurent à leurs enfants des meilleures conditions d'alimentation et d'immunisation. Par conséquent, l'accroissement de l'éducation des femmes pourrait contribuer à l'amélioration de la santé reproductive, à la baisse des taux de mortalité et de fécondité.

Le sixième thème réalisé par *Julien Gaye Guingnido, Martin H. Laourou et Jean Kokou Zounon* a tenté d'évaluer les facteurs limitant la scolarisation des filles. Les réflexions sur les problèmes de la scolarisation au Bénin ont généralement porté sur l'offre, sous l'hypothèse implicite que la demande existait et qu'il s'agissait de satisfaire cette demande en améliorant l'offre en quantité et en qualité. Cependant, l'amélioration de cette offre n'a pas entraîné un accroissement aussi proportionnel du taux de scolarisation des enfants, surtout des filles. En fait la demande n'existait pas en quantité aussi abondante qu'on le pensait. Ce présent travail a permis de mettre en relief l'importance de l'influence du milieu familial et professionnel sur la demande en éducation et, en particulier, sur la scolarisation des filles. Les auteurs ont également abordé le rôle différentiel selon le sexe des parents dans l'expression de la demande en éducation. Cette question est essentielle dans la mesure où le groupe cible des parents est très hétérogène par rapport au niveau d'instruction : les femmes sont quasiment toutes analphabètes tandis que les hommes le sont nettement moins. Hormis l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières pourtant indispensables au développement du secteur de l'éducation, cette étude a examiné nombre de causes structurelles qui sous-tendent les résistances observables çà et là au Bénin à l'égard de l'école en général, et de la scolarisation des filles en particulier. Le niveau d'instruction des parents et le milieu de résidence ont un impact sensible sur la scolarisation des enfants. Mais à niveau d'instruction équivalent, le milieu de résidence détermine le comportement des parents. Par ailleurs, les femmes chefs de ménage scolarisent mieux que les hommes. Mais cette meilleure disposition des femmes vis-à-vis de l'école ne profite pas outre mesure aux filles car les hommes comme les femmes ont une préférence marquée pour la scolarisation des garçons.

Pour accroître la scolarisation des enfants, surtout des filles, l'étude recommande le changement de l'image actuelle de l'école. À l'école extravertie, il est urgent de substituer l'école qui tienne grand compte des réalités socio-culturelles et des besoins des communautés au sein desquelles elle est implantée. Il faut en définitive reconnaître avec la défunte "école nouvelle" qu'il "n'y a pas de problème scolaire à résoudre isolément. Il y a un problème de développement dont le problème scolaire est un élément important".

Gora Mboup

# BESOINS EN PLANIFICATION FAMILIALE ET PERSPECTIVES SUR LA FÉCONDITÉ AU BÉNIN

**Etienne Folabi Kouton**
**Abou Bakary Pio**
**Elizabeth Gnansounou Fourn**
**Justin Yélognissé Tossou**

# INTRODUCTION

Au Bénin, comme ailleurs en Afrique subsaharienne, l'évolution de la croissance de la population suscite une interrogation majeure. Le niveau de fécondité reste élevé. Entre l'enquête EFB de 1982 et l'enquête EDSB-I de 1996, l'indice synthétique de fécondité n'a connu qu'une légère diminution passant de 7,1 à 6,3 enfants par femme. Cette baisse est imputable aux comportements des jeunes de 15-34 ans (4,7 enfants par femme en 1996 contre 5,4 enfants en 1982) et serait associée à des facteurs tels que: la scolarisation, la formation à la vie active plus longue, le chômage, l'amenuisement des revenus suite à la crise des années 1980 ainsi que le retard du mariage chez les jeunes des deux sexes.

La pratique de la contraception moderne quant à elle, a peu progressé et est plus faible chez les femmes malgré l'apparente amélioration de leur connaissance des méthodes contraceptives observée entre les deux enquêtes EFB(1982) et EDSB-I(1996). L'absence de connaissance ne semble donc plus être un facteur explicatif des faibles niveaux de pratique de la contraception moderne. La question se pose alors de savoir si la demande en matière de maîtrise de la fécondité, la bonne connaissance[1], l'offre et l'accès réel à la contraception moderne en sont les causes? Cette question est pertinente, car, malgré le caractère récent (Mai 1996) de la déclaration de politique de population, le gouvernement et les partenaires au développement semblent avoir déployé d'énormes efforts en faveur de la santé maternelle et infantile et dans le domaine de la planification familiale.

Depuis la déclaration de la conférence internationale d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires en passant par la réunion de Lusaka en 1985 sur le système de recouvrement des coûts et le sommet de Bamako en 1987 (Initiatives de Bamako), le système sanitaire du Bénin a connu plusieurs reformes visant l'amélioration de l'état de santé des populations en général, des femmes et des enfants en particulier. Cette amélioration est particulièrement visible dans les progrès enregistrés au niveau du suivi prénatal et de la vaccination des enfants. En effet, de 25 % en 1987, la couverture vaccinale (BCG, DTCP3) des enfants âgés de 12 à 23 mois et la couverture vaccinale antitétanique des femmes enceintes se chiffrent, respectivement, en 1996 à 56 % et 72 % (Rapport EDBS-I 1997). Toujours à la suite de l'Initiative de Bamako, dès 1988, les services de planification familiale ont été intégrés aux soins de santé primaires (PEV/SSP) alors qu'en 1985 le Bénin était encore classé dans la catégorie des pays dont l'effort en matière de programme de planification familiale était considéré comme "très faible ou non existant"[2]. Selon les résultats de l'EDSB-I (1996), six Béninoises en union sur dix vivent aujourd'hui à moins de cinq kilomètres des établissements de santé offrant des prestations de planification familiale (PF) avec toutefois d'importantes différences entre les villes et les campagnes.

Pour renforcer les actions déjà entreprises, les autorités béninoises cherchent actuellement à promouvoir une fécondité responsable, cela à travers une stratégie globale de développement au sein de laquelle le "bien-être" des familles béninoises est une composante essentielle. Dans le domaine de l'éducation en matière de population et d'éducation à la vie familiale, plusieurs programmes ont vu le jour avec des fortunes diverses. De plus, la déclaration de politique de population comporte, entre autres objectifs, l'amélioration du taux de

---

[1] Dans son acception la plus déterminante pour la planification familiale, la bonne, connaissance englobe non seulement le fait de savoir qu'une méthode existe mais aussi la connaissance de sa source d'approvisionnement, de ses avantages et de ses inconvénients, etc. Dans cette étude seules seront retenues la connaissance des méthodes et la connaissance de leurs sources.

[2] Sur l'échelle bien connue de Laphan et Mauldin (1985), mesurant l'effort en matière de programme de planification familiale, le "score" du Bénin était de 13,7 sur un maximum de 120.

prévalence contraceptive, avec pour ambition de le faire passer de 2 % en 1982 chez les femmes en âge de procréer à 40 % en l'an 2016 (MPREPE/CNRHP,1996)[3]. La cheville ouvrière de cet objectif est le projet "Santé de la Reproduction et Planification Familiale" initié en 1992. Initialement dénommé "Santé Maternelle et Infantile/Planification familiale(SMI/PF)", ce projet a pour but la promotion de la santé familiale par la disponibilité de la planification familiale dans les centres de santé gouvernementaux. Il a pour objectif à l'horizon 2000 de porter le taux de prévalence contraceptive en milieu urbain à 9 % et à 4 % en milieu rural.

À trois ans du terme fixé par les responsables et les administrateurs du projet, la comparaison des données de l'EFB (1982) et de l'EDSB-I (1996) révèle que malgré les taux de couverture élevés en soins maternels et infantiles et une disponibilité plus grande des services de PF, la pratique contraceptive reste faible.

Or, plusieurs chercheurs estiment que là où les besoins en santé maternelle et infantile sont largement couverts et la qualité des prestations des agents de santé adéquate, l'adoption de la contraception moderne devrait suivre dans une certaine mesure l'organisation des prestations de planification familiale dans les structures sanitaires (Mauldin et Ross,1991; Leridon et Toulemeon, 1996). Les résultats de l'EDSB-I (1996) laissent croire que le Bénin ne suit pas ce schéma. L'influence des facteurs tels que les pressions sociales et culturelles (exemples : attitudes des autres membres de la famille notamment le mari et ses parents, la valeur de l'enfant, les normes religieuses), le faible niveau de scolarisation et d'alphabétisation des femmes, leur type d'activité ne limiteraient-ils pas l'effet escompté des efforts déployés? Selon le même rapport de l'EDSB-I (1996), certains départements comme l'Atacora où l'offre de PF (services de distribution à base communautaire, visites des agents de terrain, campagne de PF) est plus élevée enregistre un plus faible taux de contraception traditionnelle (1,8 % chez les femmes contre 5,1 % chez les hommes) et une fécondité supérieure (7,0 enfants par femme) à celle d'autres départements tels que l'Ouémé (6,0 enfants par femme) où on observe un taux élevé de pratique des méthodes traditionnelles et pratiquement pas d'écart du niveau de la prévalence entre homme et femme (25,7 % chez les femmes contre 26,1 % chez les hommes). La première question que soulève ce dernier constat est celle du rôle de la pratique des méthodes traditionnelles dans les différences régionales de fécondité. Par ailleurs, bien que les hommes n'aient pas été pendant longtemps la cible des programmes de PF, il apparaît à travers les résultats de l'EDSB-I (1996) que la pratique contraceptive est plus élevée chez ces derniers que chez les femmes. Si la faible implication des hommes, habituellement constatée dans les programmes de PF, correspond logiquement à un besoin moins élevé en PF, tout porte à croire qu'ils constituent le groupe où la satisfaction des besoins en PF est la plus importante. D'où la nécessité de s'interroger sur les raisons de la variation régionale des écarts en matière de prévalence contraceptive. Autant de questions que cette étude se propose d'approfondir pour vérifier la relation entre l'adhésion des populations aux soins de santé primaire, la disponibilité des services de planification familiale dans les centre de santé et la pratique contraceptive.

[3] Déclaration de Politique de Population de la République du Bénin, ATARED/CPPS, Porto-Novo, p.63.

# CHAPITRE 1
# OBJECTIFS, CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE

Sous le titre ***"Besoins non satisfaits en planification familiale et perspectives sur la fécondité au Bénin"***, le présent travail vise à étudier les principaux déterminants à l'utilisation de la contraception moderne par les femmes de différents milieux de résidence au Bénin, afin de cerner les facteurs qui limitent la portée du programme gouvernemental initié en 1992 et rebaptisé depuis peu (1995) "Santé de la Reproduction et Planification Familiale". Ainsi cette étude permettra, non seulement, de fournir des enseignements nécessaires à l'évaluation du programme mais aussi elle aidera au redéploiement des actions pour accroître les chances d'atteindre 40 % de prévalence contraceptive en l'an 2016.

## 1.1 Objectifs généraux et spécifiques

### 1.1.1 Objectifs généraux

Trois objectifs généraux sont assignés à cette étude :

- Améliorer les connaissances sur les rapports entre la famille, la planification familiale et la fécondité au Bénin.

- Fournir des renseignements nécessaires à l'évaluation du programme gouvernemental initié en 1992 sous le titre "Santé Maternelle et infantile/Planification familiale (SMI/PF)" et rebaptisé depuis peu (1995) "Santé de la reproduction et planification familiale"[4].

- Contribuer au renforcement des actions qui permettront d'atteindre 40 % de prévalence contraceptive en l'an 2016[5]

### 1.1.2 Objectifs spécifiques

Déterminer les niveaux des besoins satisfaits et non satisfaits en planification familiale (PF) et leur variations selon les milieux de résidence (villes, campagnes, départements).

- Évaluer l'impact que produirait la satisfaction complète des besoins en PF sur la fécondité.

- Identifier les déterminants socio-économiques et culturelles à l'utilisation de la contraception moderne.

- Dégager la contribution de la pratique des méthodes traditionnelles aux différences régionales de fécondité.

- Mettre en évidence les facteurs de la variation régionale des inégalités sexuelles en matière de prévalence contraceptive.

---

[4] Le projet initié en 1992 et renommé depuis 1995 " Santé de la Reproduction et Planification familiale". Ce projet a pour but la promotion de la santé familiale par la disponibilité de la planification familiale dans les centres de santé gouvernementaux. Il a pour objectif, à l'horizon 2000, de porter le taux de prévalence contraceptive des femmes en âge de procréer à 9 % en milieu urbain et à 4 % en milieu rural.

[5] La déclaration de politique de population de la République du Bénin publiée en 1996 par le MPREPE/CNRHP comporte, entre autres objectifs, l'amélioration du taux de prévalence contraceptive en le faisant passer de 2 % à 40 % en l'an 2016.

## 1.2 Conception et Méthodologie

Cette étude se propose de mettre en évidence les obstacles à l'émergence d'une forte pratique de la contraception moderne au sein de la population béninoise. La contribution de ce travail réside dans le fait qu'il permettra d'étudier en profondeur la relation entre l'adhésion des Béninois à la prévention de la santé de la mère et de l'enfant, la disponibilité des prestations de PF dans les établissements sanitaires, et la demande de méthodes contraceptives modernes. Ceci par une approche comparative qui mettra en relief les disparités, en même temps qu'elle tentera d'identifier les facteurs à l'origine des éventuelles différences dans l'usage et la demande de contraception moderne. Les analyses comparatives seront menées séparément pour chacun des milieux de résidence afin de mieux cerner l'influence du "cadre socio-économique et culturel", dont on s'accorde à reconnaître l'importance dans l'accueil, l'implantation et l'efficacité des programmes de planification familiale. Dès lors, l'interrogation ne porte plus uniquement sur l'individu, mais aussi sur son environnement.

L'analyse contextuelle permettra ainsi d'identifier les caractéristiques des contextes qui peuvent affecter le niveau de contrôle des naissances à l'aide des méthodes modernes et d'en élucider la variabilité des situations, mais aussi de faire le pont entre les comportements individuels et les structures sociales.

L'étude documentaire aura un double objectif: d'abord apprécier le niveau des connaissances et des centres d'intérêt en ce qui concerne l'approche contextuelle des problèmes de planification familiale; ensuite, jeter un premier regard sur les inégalités entre les villes et les campagnes puis entre les départements.

L'analyse individuelle permettra de mettre en évidence les différences de comportement des individus à l'intérieur et entre les milieux.

Il sera aussi utile d'analyser les opinions des hommes, pilier du processus de décision dans les structures familiales, quant aux recours des femmes à la contraception moderne, et celles des personnes âgées ayant des enfants en âge de procréer sur la réduction du nombre d'enfants par ceux-ci, afin de voir l'évolution de la vie féconde entre générations familiales successives ainsi que l'adaptation aux changements du contexte social ambiant.

### 1.2.1 Cadre théorique

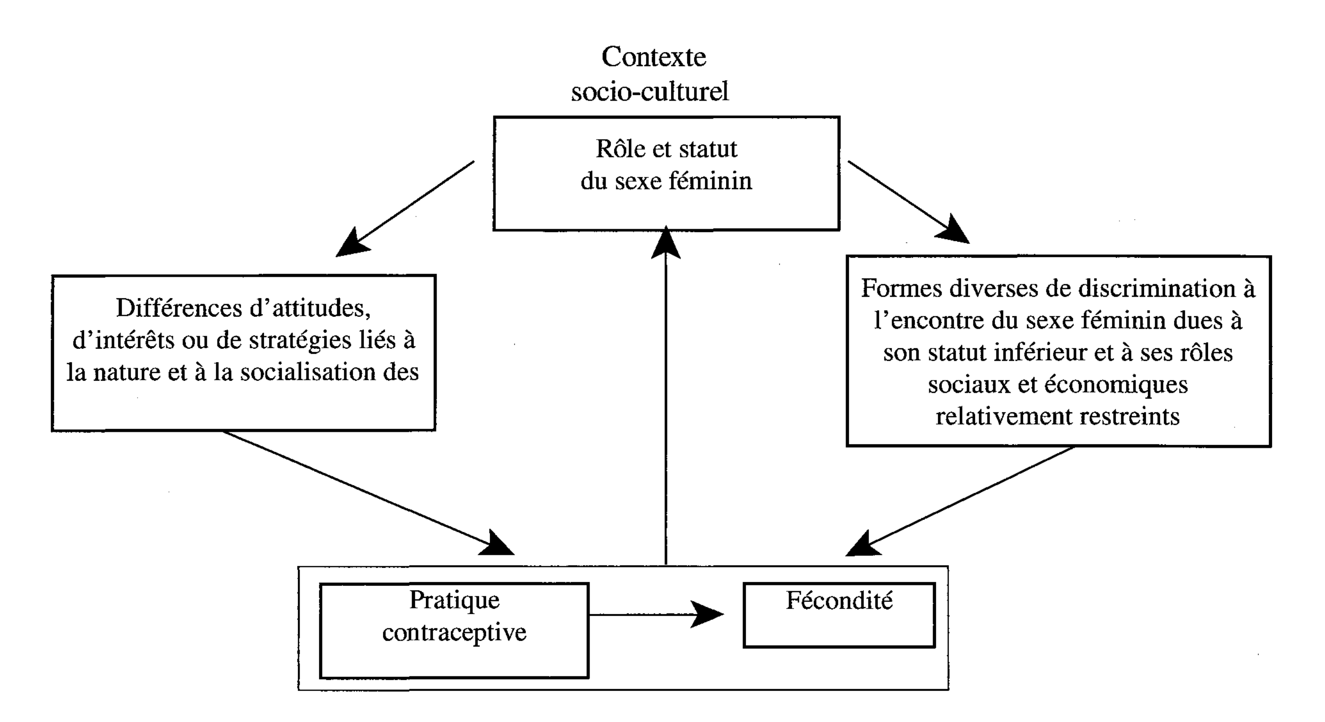
La présente étude vise à analyser les relations entre l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, l'offre de planification familiale par les structures sanitaires, les comportements des individus en matière de PF, ainsi que les changements éventuels que pourrait subir cette relation, dans le contexte d'intervention publique. Elle s'inscrit ainsi dans le cadre plus global des déterminants politiques, socio-économiques et culturels de l'adoption de la contraception moderne.

La manière dont un aspect particulier d'inégalités entre sexes affecte un comportement démographique ou est influencé par celui-ci dépend spécifiquement du contexte socio-culturel et historique. Par contexte socio-culturel et historique nous entendons un cadre de référence aux structures sociales et à l'ensemble des formes acquises de comportement qui y correspond. Le modèle culturel qu'il met en place façonne l'individu qui s'y réfère de manière consciente ou inconsciente. C'est le moule à travers lequel l'individu se reconnaît comme membre appartenant à la société. Ainsi, par exemple, il canalise les attitudes et comportements en matière de soins de santé et de planification familiale de ceux qui s'y réfèrent selon les normes et les croyances.

En effet, lorsque l'on considère le rôle et le statut du sexe féminin comme déterminant d'un phénomène démographique, au moins deux principaux types d'influences peuvent être identifiées. *Le premier consiste en des différences d'attitudes, d'intérêts ou de stratégies qui proviennent des différences liées à la nature et à la socialisation des sexes*; attitudes, intérêts ou stratégies qui peuvent à leur tour, affecter les déterminants

proches de la fécondité en particulier la pratique contraceptive moderne. *Le second type d'influence consiste en des formes diverses de discrimination à l'encontre du sexe féminin dues à son statut inférieur et à ces rôles sociaux et économiques relativement restreints.* Dans le cadre de la fécondité et de la contraception, on suppose que la discrimination donne lieu à une forte préférence pour les méthodes traditionnelles (moins efficaces par rapport aux méthodes modernes), une préférence qui peut aboutir au maintien d'une fécondité élevée. Elle peut également conduire à une plus faible pratique contraceptive moderne chez les femmes que chez les hommes comme l'indiquent les résultats préliminaires de l'EDSB-I (1996).

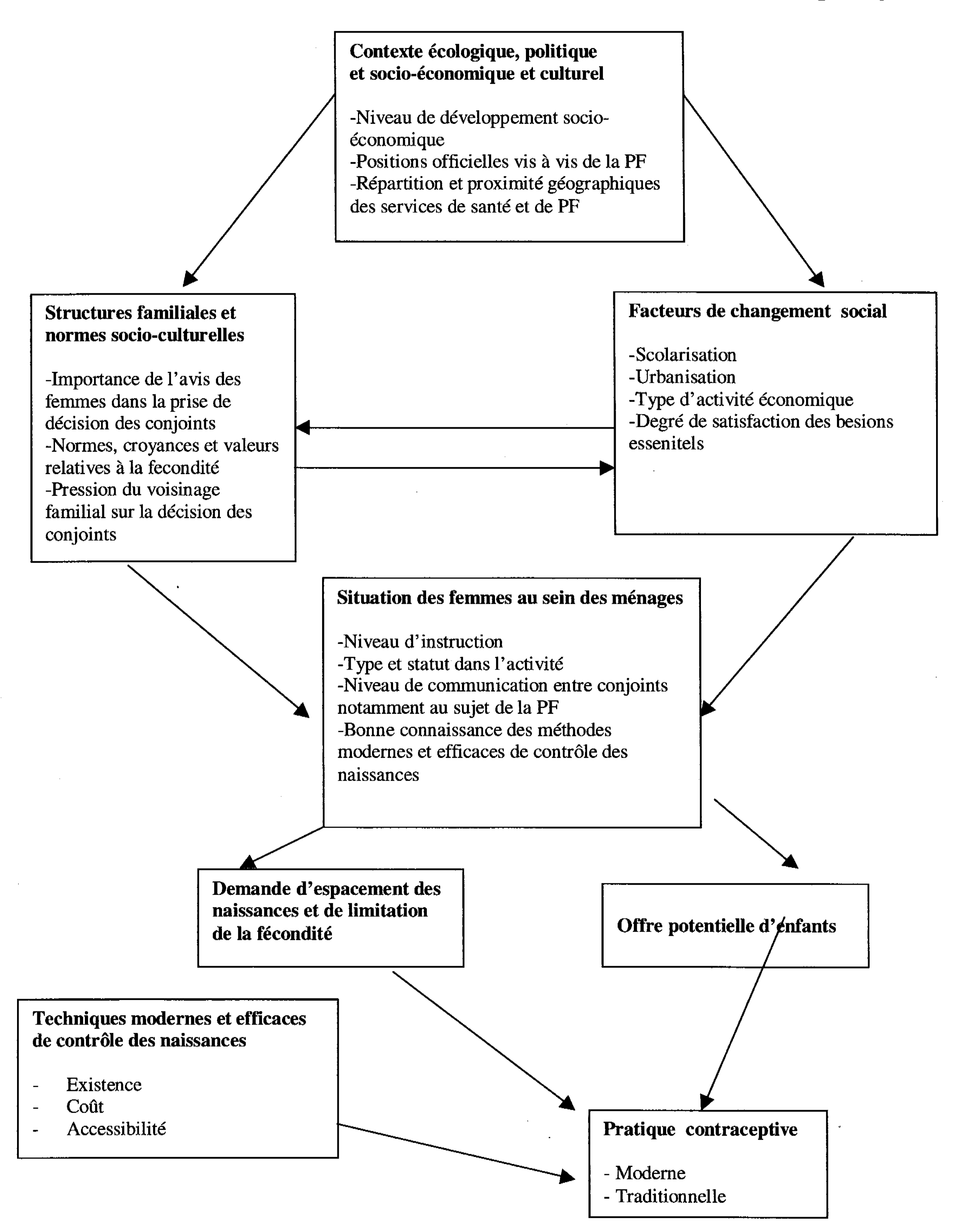
**Graphique 1.1 Cadre conceptuel**




Ainsi, l'hypothèse fondamentale de l'étude serait que l'existence chez la femme d'un besoin en PF n'implique pas toujours qu'elle dispose des attributs indispensables à la pratique de la contraception moderne; mais qu'à travers cette absence de pratique, il faut (entre)voir la possibilité d'action des mécanismes sociaux. En d'autres termes, il faut compter avec les déterminants socio-économiques et culturels qui se manifestent à différentes étapes du processus de décision sous diverses formes.

Les relations entre les facteurs socio-économiques et culturels et la pratique contraceptive se réfèrent aux théories de J.C. Caldwell et al (1987) de R. Lesthaeghe (1989), R. Easterlin et E. Crimmins (1985) et au cadre d'analyse développé par M. Montgomery(1992) et exposé récemment par J. Bertrand. Le cadre proposé par Montgomery met en relation un ensemble de concepts qu'il est possible de classer en deux grands groupes : les variables intermédiaires ou déterminants proches de la pratique contraceptive et les déterminants socio-économiques et culturels. Ainsi la catégorie des déterminants proches regrouperaient les concepts suivants : la demande d'espacement et de limitation des naissances et l'offre potentielle d'enfants (Bongaarts la situe autour de 15 naissances vivantes par femme). Sous la dénomination de déterminants socio-économiques et culturels peuvent être regroupés les normes et valeurs culturelles vis à vis de la planification familiale, les facteurs de changement social (avec notamment l'urbanisation, le niveau d'instruction et d'alphabétisation des femmes, le taux de couverture vaccinal, le taux de couverture en soins pré et postnatals), la situation économique du ménage et ses membres, l'état des relations existant entre conjoints, le coût et la disponibilité des moyens contraceptifs; avec, en amont, la situation écologique, politique et socio-économique du pays et des régions qui le composent.

**Graphique 1.2**
**Cadre conceptuel de la pratique contraceptive inspiré de celui M. Montgomery**



Le cadre de Montgomery présente aussi le mérite d'avoir distingué les concepts se rapportant à plusieurs niveaux (individuel, familial, communautaire) de la réalité tout en identifiant les modes de relations entre les concepts et les niveaux. Son principal intérêt réside dans son adaptabilité à un contexte de pays en développement où le niveau élevé de conscience de la nécessité de mieux contrôler la fécondité ne traduit pas un taux conséquent de la pratique des méthodes efficaces de contraception. Ce taux reste, en outre, faible si on le compare aux efforts déployés par les programmes qui sont censés mettre les services de PF à la disposition des couples. Pour bien comprendre la faiblesse, les disparités sexuelles et régionales de la demande réelle de PF, il faut chercher au-delà des causes immédiates, c'est-à-dire les différences pouvant relever du niveau de développement, de la faiblesse du progrès social, de l'importance du travail des enfants, de la valeur symbolique et sociale des enfants, de la condition des femmes, des facteurs écologiques et autres liés à l'accueil, l'implantation et l'efficacité des programmes de PF, etc. On déplace ainsi l'analyse vers les causes sous-jacentes qui sont liées aux causes immédiates par suite des processus illustrés dans le cadre conceptuel ci-dessus. C'est la contribution essentielle du schéma de Montgomery dans notre étude de la pratique contraceptive. Néanmoins, le cadre présenté ici se particularise notamment dans la sélection et la disposition des concepts retenus.

### 1.2.2 Les données

La principale base de données de cette étude est la première Enquête Démographique et de Santé du Bénin. Réalisée en 1996, cette enquête fournit des données sur les caractéristiques de la population béninoise, la fécondité des femmes en âge de procréer, la planification familiale (CAP), les raisons de non utilisation de la PF, la mortalité infantile et juvénile, les maladies sexuellement transmissibles et le sida. Contrairement à l'EFB (1982), ces données concernent non seulement les femmes mais aussi les hommes et, elles fournissent plus d'informations sur les déterminants socio-économiques et culturels de la fécondité et de la planification familiale. Six des dix sections du questionnaire individuel femme (caractéristiques socio - démographiques, mariage, préférence en matière de fécondité, utilisation de la contraception, MST/Sida et condom) ont été adressées à l'homme. L'uniformité du contenu de ces six sections favorise des analyses ayant pour unité, le couple. Néanmoins, le peu d'intérêt accordé par l'EDSB-I aux opinions et motivations des parents quant aux comportements procréateurs de leurs enfants en âge de procréer constitue une limite à trois niveaux de préoccupations :

- l'analyse de l'influence des pressions sociales et culturelles sur le niveau de fécondité et la pratique contraceptive des femmes;
- l'étude de la logique et des exigences de l'organisation sociale surtout celle de la vie des femmes au sein de cette organisation face aux programmes de planning familial;
- l'appréhension des éventuels nouveaux modèles de fécondité que suggèrent les vieilles générations aux jeunes.

L'Enquête Approfondie sur la Nuptialité et la Fécondité des hommes au Sud-Bénin (EFMB) réalisée en 1989 par DONADJE a pris en compte plusieurs aspects de ces insuffisances notamment la valeur de l'enfant, les opinions et attitudes des parents quant aux comportements procréateurs de leurs enfants. L'EFMB (1989) peut donc permettre d'approfondir les données de l'EDSB (1996), mais reste limitée par son ancienneté relative et sa couverture géographique. En effet, cette enquête n'a été réalisée que dans le département de l'Atlantique sur un échantillon aléatoire de 2590 ménages et 2377 hommes de 20 ans et plus, repartis entre Cotonou et une zone rurale témoin (Calavi et Allada) voisine de Cotonou et située dans un rayon d'une centaine de kilomètres. De plus, l'échantillon est dominé par l'ethnie Fon et apparentés (74 %) groupe qui compte pour 68 % de la population du Sud-Bénin.

Une autre étude qui a pris en compte des éléments relatifs aux limites de l'EDSB-I signalées plus haut est l'enquête qualitative réalisée en 1994 par GNANSOUNOU A. en vue d'approfondir les données de l'enquête fécondité de 1982 (EFB, 1982). Cette recherche, caractérisée par une étude de milieu et un "focus group" basé sur un guide d'entretien thématique auprès des femmes mariées de 15-49 ans ayant, au moins, un enfant vivant et portant sur le "Rôle et statut des femmes et fécondité", reste aussi limitée par sa couverture géographique. D'abord l'étude du milieu et le "focus group" ont été réalisés dans le Sud-Bénin. De plus, ils concernent seulement un quartier de la ville (Haie vive de Cotonou) et un village (Hoky) du département du Mono. On peut donc dire, qu'à l'instar de l'EFMB (1989), la contribution des travaux de Gnansounou A. (1994) à la compréhension des variations régionales en matière de fécondité et de PF reste limitée puisqu'elle ne prend pas en compte toute la diversité socio-culturelle béninoise, insuffisance qu'une éventuelle enquête qualitative basée sur les résultats de l'analyse approfondie de l'EDSB pourrait combler.

### 1.2.3 Population de l'étude

La population à étudier dans un premier temps comprend essentiellement les femmes en union en âge de procréer. Les hommes et les personnes âgées seront pris en compte dans une phase ultérieure. L'objectif principal de l'étude pour ces milieux traditionnellement marqués par une "culture de la forte fécondité" est d'appréhender les positions des anciennes et nouvelles générations quant à la limitation de la fécondité et le recours subséquent à la contraception moderne. Les deux groupes de générations vivent dans le même environnement, bien que l'on puisse éventuellement identifier certaines nuances dans les conditions ayant caractérisé leur cycle reproductif. Les parents des personnes en âge de procréer et les personnes en union sont retenus parce que les premiers constituent "la vieille garde" des familles, tandis que les seconds sont membres de familles et appartiennent à la composante ayant à charge la fonction de procréation. Leur pratique sociale permettra ainsi de connaître le degré d'adaptation des idéaux traditionnels aux mutations du contexte social ambiant, et aussi de mettre en évidence les facteurs des nouveaux modèles culturels[6] observés dans chaque milieu.

### 1.2.4 Analyse des données

Les données de l'EDSB-I (1996) seront analysées d'abord par des techniques d'analyse univariée et bivariée. L'analyse des tables de contingence permettra de situer le niveau des comportements et attitudes en matière de fécondité et de contraception pour différentes catégories de la population. L'application de méthodes d'analyse basées sur la régression multiple permettra d'appréhender les interactions entre les différentes variables comportementales et les attitudes, en même temps que seront quantifiés leurs effets sur la contraception.

[6] Les modèles culturels sont faits de normes, d'images, d'habitudes, de nécessités, de pratiques quotidiennes, etc... à propos du risque (ici la fécondité) et procurent à l'individu des cadres de pensée et de pratique qui sont reconnus et valorisés socialement et tout au moins en adéquation avec la vie sociale et le système socio-culturel.

# CHAPITRE 2
# ROLE DES DETERMINANTS PROCHES DANS LA VARIATION REGIONALE DE LA FECONDITE

## 2.1 Prévalence contraceptive et variation régionale de la fécondité

### 2.1.1 Pratique de la contraception

Les resultats de l'EDSB-I indiquent la prevalence de la contraception est relativement faible (16 % dont 3 % de methodes modernes). Cette prevalence est essentiellement composée de méthodes traditionnelles (13 %) qui, en effet, expliquent les variations régionales de la pratique de la contraception.

Très peu de femmes ont recours aux méthodes traditionnelles dans le Nord-Bénin (Atacora, Borgou). Dans chacun de ces deux départements, la prévalence contraceptive traditionnelle est d'environ 2 %, alors qu'elle est beaucoup plus importante dans les autres départements (26 % dans l'Ouémé, 21 % dans l'Atlantique, 16 % dans le Mono et 8 % dans le Zou) du pays. Le phénomène est davantage mis en relief par l'utilisation passée (tableau 2.1). Si plus de la moitié des femmes en union ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode traditionnelle dans l'Atlantique et l'Ouémé, seulement 3 % ont fourni la même réponse dans le Septentrion (3,4 % dans l'Atacora et 2,6 % dans le Borgou). Parmi les méthodes traditionnelles les plus utilisées par les femmes en union, on retrouve, le retrait dans le Mono (10,3 %), la continence périodique dans l'Ouémé (16,8 %) et l'Atlantique (12 %). La différence d'utilisation des méthodes traditionnelles constatée entre le Nord et le reste du Bénin explique en partie le faible niveau de prévalence contraceptive dans les deux départements du Nord. En effet les disparités constatées dans le niveau d'utilisation actuelle ou passée tiennent à plusieurs facteurs et probablement au degré de connaissance des méthodes contraceptives notamment des méthodes modernes. On note, cependant, que le pourcentage de femmes qui connaissent une méthode moderne et qui n'en utilisent pas au moment de l'enquête est très élevé. Ainsi, le faible niveau de pratique de la contraception ne reflète pas le niveau de connaissance des méthodes contraceptives.

### 2.1.2 Variation de la fécondité et utilisation de la contraception

Le niveau de fécondité au Bénin reste élevé (6,3 enfants par femme) et reflète la faible prévalence contraceptive observée dans le pays (16 %). Les niveaux les plus élevés de la prévalence contraceptive observés dans les départements de l'Atlantique et de l'Ouémé (respectivement 27 % et 31 %) correspondent a des niveaux de fécondité relativement faibles (respectivement 5,2 et 5,9 enfants par femme). De même les départements tels que l'Atacora et le Borgou qui enregistrent les plus faibles taux de prévalence contraceptive (respectivement 9 % et 5 %) ont les plus forts taux de fécondité (respectivement (7,0 et 7,4 enfants par femme). L'évidence de ces constats qui s'inscrivent dans une logique de relations entre niveau de prévalence contraceptive et niveau de fécondité amènent à s'interroger sur le rôle effectif que peuvent jouer les types de méthodes dans la variation régionale de la fécondité. Cet aspect sera développé dans la section suivante.

## 2.2 Rôle des déterminants proches dans la variation régionale de la fécondité

Comme l'ont signalé pour la première fois Davis et Blake (1956), les facteurs ayant une incidence sur la fécondité peuvent être classés en deux groupes : les variables contextuelles et les variables intermédiaires ou immédiates. Le premier groupe comprend les facteurs culturels, psychologiques, économiques, sociaux, sanitaires et environnementaux. Les déterminants proches sont les facteurs qui ont un effet direct sur la fécondité. La présente section examine les effets de cinq des neuf déterminants proches identifiés par Bongaarts et al (1984) dans les variations régionales de la fécondité : comportements de nuptialité, pratique de la contraception, aménorrhée par lactation, continence post-partum et stérilité primaire ou pathologique. En nous

référant au modèle de Bongaarts sur les déterminants proches de la fécondité et de la récente amélioration (tenant compte de l'importance des naissances hors mariage dans les sociétés africaine) et méthode d'estimation des indices à l'aide des données de l'EDS proposées par Jolly C. L. et Gribble J. N. (1996), nous examinerons comment ces cinq facteurs influencent les niveaux de fécondité par département. S'agissant de la contraception, nous distinguerons les effets de l'utilisation des méthodes modernes et ceux des méthodes traditionnelles.

Tableau 2.1 Prévalence contraceptive traditionnelle et quelconque selon quelques caractéristiques des femmes en union de 15-49 ans

| | | Méthode traditionnelle | | Méthode quelconque | | Fécondité |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Caractéristique | Connaissance (toutes les méthodes) | Utilisation passée | Utilisation actuelle | Utilisation passée | Utilisation actuelle | Indice synth. de fécondité (ISF) |
| **Âge** | | | | | | |
| 15-19 | 70,0 | 17,9 | 6,2 | 26,6 | 9,4 | -- |
| 20-24 | 79,3 | 29,1 | 14,5 | 41,6 | 18,6 | -- |
| 25-29 | 83,5 | 31,7 | 12,7 | 47,5 | 16,8 | -- |
| 30-34 | 83,4 | 32,0 | 12,8 | 45,1 | 17,1 | -- |
| 35-39 | 81,2 | 34,2 | 14,5 | 47,2 | 19,0 | -- |
| 40-44 | 76,7 | 26,8 | 10,0 | 42,1 | 16,7 | -- |
| 45-49 | 74,7 | 27,9 | 4,8 | 38,2 | 10,9 | -- |
| **Résidence** | | | | | | |
| Urbain | 85,7 | 29,7 | 12,3 | 51,0 | 19,0 | 5,24 |
| Rural | 76,6 | 29,7 | 11,5 | 38,7 | 15,0 | 7,02 |
| **Département** | | | | | | |
| Atacora | 62,9 | 3,4 | 1,7 | 16,7 | 8,9 | 7,01 |
| Atlantique | 98,9 | 54,7 | 21,5 | 79,7 | 27,3 | 5,15 |
| Borgou | 44,8 | 2,6 | 1,8 | 8,8 | 4,6 | 7,35 |
| Mono | 92,7 | 39,6 | 15,2 | 48,3 | 17,0 | 6,35 |
| Ouémé | 95,3 | 60,1 | 25,7 | 74,7 | 30,8 | 5,99 |
| Zou | 94,7 | 26,2 | 8,1 | 38,1 | 13,0 | 6,50 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | | |
| Aucun | 75,5 | 27,8 | 10,0 | 35,9 | 13,3 | 7,00 |
| Primaire | 93,2 | 35,1 | 15,7 | 60,3 | 23,6 | 4,95 |
| Secondaire | 98,9 | 39,7 | 24,5 | 84,2 | 36,8 | 3,19 |
| Ensemble | 79,8 | 29,7 | 11,8 | 42,9 | 16,7 | 6,32 |

### 2.2.1 Méthodologie pour estimer l'impact des déterminants proches sur la fécondité

En 1983, Bongaarts et Potter ont élaboré un modèle pour quantifier les effets de six déterminants proches qui, dans le cadre de leur analyse, avaient les influences les plus importantes sur les niveaux de fécondité. Ce modèle relie la fécondité cumulée à la fécondité potentielle cumulée, diminuée d'une série d'indices dont chacun reflète l'effet réducteur d'un déterminant immédiat. Un indice, qui varie de 0 à 1 pour la plupart des déterminants proches, est estimé (l'aménorrhée par lactation et la continence post-partum sont combinées en un seul indice). La valeur 0 d'un indice représente l'effet maximum de réduction de la fécondité

(fécondité égale à zéro). La valeur 1 représente l'effet le plus faible sur la fécondité (le déterminant immédiat n'a pas d'effet limitatif sur elle). Plus l'indice est faible, plus le déterminant immédiat a une forte influence sur la diminution de la fécondité cumulée (FC), niveau de fécondité qui serait atteint en l'absence de tous déterminants proches. En tenant compte de l'amélioration proposée par Jolly C. L. et Gribble J. N. (1996), le modèle de Bongaarts peut être résumé comme suit :

ISF = FC x C'm x M0 x Cc x Ci x Ip

avec FC=15,3 naissances vivantes par femme a la ménopause dans un régime de fécondité naturelle
C'm, indice ajusté de mariage
M0, effet des naissances hors union
Cm=C'm x Mo, indice de mariage
Cc, indice de contraception
Ci, indice d'inféconcabilité post-partum (aménorrhée post-partum et abstinence post-partum)
Ip, indice de stérilité.

En distinguant la contraception moderne de la contraception traditionnelle, on peut décomposer l'indice Cc : Cc = Cc (m) x Cc (t).

### 2.2.2 Présentation et analyse des résultats par région

Les résultats régionaux de l'analyse des déterminants proches de la fécondité apparaissent dans le tableau 2.2. La comparaison du troisième indice (Cc (t)) au sein des régions, démontre le rôle de la pratique des méthodes traditionnelles de régulation des naissances dans les différences régionales de fécondité.

En général, le recours à la contraception traditionnelle (continence périodique, retrait, cordes, bagues, amulettes, etc.) a une faible incidence sur la fécondité des femmes béninoises comme le reflètent les valeurs de Cc (t), proches de 1. Ces valeurs sont relativement plus faibles pour l'Ouémé et l'Atlantique sans que l'emploi des méthodes traditionnelles y joue un rôle décisif dans la limitation des naissances. Dans l'Ouémé, le Cc (t) indique une réduction de la fécondité potentielle de 8,3 % pour une prévalence contraceptive traditionnelle de 26 %. Dans ce département, comme ailleurs dans le pays, la période de temps mort post-partum est le déterminant immédiat qui réduit le plus efficacement la fécondité potentielle. La fécondité observée augmenterait au minimum de 2,6 naissances dans l'Atlantique et au maximum de 7,5 naissances dans l'Atacora et le Borgou, s'il n'y avait pas allaitement maternel et continence post-partum.

### 2.2.3 Impact probable des avortements sur la fécondité

Les autres faits marquants qui se dégagent de l'examen du tableau 2.2 concernent la variabilité des écarts absolus et relatifs entre le niveau estimé de la fécondité à l'enquête, mesuré par l'ISF estimé (ISFe) et le niveau obtenu à partir des naissances vivantes déclarées par les femmes pour les cinq années précédant l'enquête (ISFo). Plusieurs facteurs pourraient expliquer les différences constatées entre l'indice synthétique de fécondité estimé (ISFe) et l'indice synthétique de fécondité observé (ISFo).

Tableau 2.2 Déterminants proches de la fécondité par région de résidence des femmes

| Région/milieu de résidence | Fécondité potentielle FC | Indice de mariage | Indice de contraception moderne | Indice de contraception traditionnelle | Indice d'infé-condabilité post-partum | Indice de stérilité primaire | ISF estimé | ISF observé | Ecart absolu | Ecart relatif (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Département** | | | | | | | | | | |
| Atacora | 15,3 | 0,987 | 0,978 | 0,994 | 0,484 | 0,992 | 7,053 | 7,01 | 0,043 | 100,6 |
| Atlantique | 15,3 | 0,894 | 0,969 | 0,931 | 0,662 | 0,992 | 8,106 | 5,15 | 2,956 | 157,4 |
| Borgou | 15,3 | 0,983 | 0,984 | 0,994 | 0,495 | 0,992 | 7,231 | 7,35 | -0,120 | 98,4 |
| Mono | 15,3 | 0,975 | 0,991 | 0,951 | 0,597 | 0,992 | 8,323 | 6,35 | 1,973 | 131,1 |
| Ouémé | 15,3 | 0,925 | 0,975 | 0,917 | 0,525 | 0,992 | 6,585 | 5,99 | 0,595 | 109,9 |
| Zou | 15,3 | 0,980 | 0,971 | 0,974 | 0,562 | 0,992 | 7,903 | 6,50 | 1,403 | 121,6 |
| **Résidence** | | | | | | | | | | |
| Urbain | 15,3 | | 0,971 | 0,960 | 0,578 | 0,992 | | 5,24 | | |
| Rural | 15,3 | | 0,987 | 0,963 | 0,522 | 0,992 | | 7,02 | | |
| Ensemble | 15,3 | 0,948 | 0,979 | 0,962 | 0,535 | 0,992 | 7,242 | 6,32 | 0,922 | 114,6 |

D'après les travaux de Bongaarts et al (1984), ces facteurs sont au nombre de quatre à savoir :

- l'avortement provoqué,
- la fréquence des rapports sexuels,
- la mortalité intra-utérine spontanée,
- la stérilité naturelle.

Tableau 2.3 Nombre de morts-nés pour cent accouchements et nombre d'avortements pour cent naissances enregistrés dans les formations sanitaires publiques et privées au milieu des années 90

| Département | Nombre de morts-nés pour cent accouchements | Nombre d'avortements traités pour cent naissances vivantes |
|---|---|---|
| Atacora | 2,9 | 4,4 |
| Atlantique | 1,9 | 5,0 |
| Borgou | 3,6 | 5,3 |
| Mono | 2,0 | 3,3 |
| Ouémé | 3,2 | 3,1 |
| Zou | 2,6 | 4,3 |
| Ensemble | 2,6 | 4,3 |

Source : *SSDRO/DPCE/MSPCF, Statistiques sanitaires – 1996*

En 1996, les mort-nés enregistrés lors des accouchements dans les formations sanitaires publiques et privées représentent 2,6 % des naissances vivantes (tableau 2.3). Lorsqu'on analyse les variations géographiques du pourcentage de mort-nés par rapport aux naissances vivantes, on constate plus de similitudes que de divergences entre les départements. Le même constat se dégage de l'examen de la proportion d'avortements traités pour cent naissances vivantes. Il ne serait donc pas surprenant que le pouvoir limitatif de la mortalité intra-utérine spontanée soit identique d'une région du Bénin à l'autre. Cette hypothèse appelle quelques nuances quant à la faiblesse des écarts régionaux relatifs au nombre d'avortements pour cent naissances vivantes. Ici, les chiffres rassemblés dans le tableau 2.3 renseignent sur la face visible ou officielle des pratiques abortives sans précision de la nature (naturel ou provoqué) des avortements traités. On ne connaît pas le nombre ni la variation des avortements clandestins qui sont, par définition, à haut risque. Il n'y a donc pas de données fiables pour dire si le taux d'avortements est stable d'un département à l'autre. Par contre plusieurs éléments laissent à penser que le rôle, le poids et l'effet conjugué des rapports sexuels, de la mortalité intra-utérine spontanée et de la stérilité naturelle varient faiblement d'un département à l'autre.

D'abord, l'absence ou presque d'écart entre le niveau estimé de fécondité et le niveau observé dans le Septentrion (Atacora, Borgou) suggère que dans ces deux départements la fécondité des femmes est proche du niveau qui serait atteint en absence d'avortement et d'effet conjugué significatif des trois autres facteurs.

Ensuite, comme on le sait, en absence de pratique contraceptive ou de pathologie empêchant la conception, l'exposition au risque de grossesse est étroitement liée à la fréquence des rapports sexuels. D'après les résultats de l'analyse des données de la première enquête démographique et de santé du Bénin (Rapport de l'EDSB-I, 1997), l'intensité de l'activité sexuelle des femmes béninoises est liée à certaines caractéristiques socio-démographiques. Du point de vue du département de résidence, les femmes du Borgou sont les moins actives sexuellement. L'activité sexuelle est plus grande chez les femmes de l'Atlantique. La forte activité sexuelle observée dans l'Atlantique, département le plus urbanisé du Bénin, implique que ce département est la région du pays où l'effet inhibiteur de la fréquence des rapports sexuels serait le plus faible. C'est dans ce même département que la fécondité estimée (ISFe) est supérieure à la fécondité observée (ISFo) de trois naissances vivantes. Cette différence reflète avant tout l'impact notable de l'avortement, unique facteur dont ne tient pas compte notre application du modèle de Bongaarts et Potter (1983), sur la fécondité des femmes du département de l'Atlantique. A ce titre, elle révèle l'existence d'un niveau élevé d'avortements clandestins dans certaines régions du Bénin. Plus clairement, l'analyse des écarts constatés entre ISFe et ISFo révèle qu'on peut distinguer quatre groupes de département par rapport à l'importance des avortements : un département avec des taux d'avortement très élevés, l'Atlantique; deux départements (Mono, Zou) à taux d'avortement relativement élevés; un département à faible taux d'avortement, l'Ouémé; et deux départements (Atacora, Borgou) où la propension à avorter est marginale ou nulle. Dans le département de l'Atlantique, l'indice

d'avortement (Ca) obtenu en rapportant la fécondité observée à l'enquête à la fécondité estimée s'élève à 0,635 (contre 0,910 pour l'Ouémé, 0,994 pour l'Atacora et 0,822 pour le Zou), ce qui signifie que l'indice Ca ramène la fécondité des femmes de l'Atlantique à 63,5 % de ce qu'elle serait sans l'avortement. Dans ce même département, la fécondité observée augmenterait de trois naissances contre respectivement 1,4 et 0,6 naissances dans le Zou et l'Ouémé, s'il n'y avait pas d'avortement. Ces quelques indices sur la fréquence des avortements renseignent, d'une part, sur les inégalités régionales en matière de besoin non satisfait pour la contraception au Bénin, et de l'autre, sur la nécessité de mettre à la disposition des femmes pratiquant l'avortement (ou ayant une forte propension à avorter) des produits contraceptifs efficaces à coûts abordables en motivant leur utilisation et en encourageant les comportements sains associés à la régulation des naissances.

# CHAPITRE 3
# BESOINS EN PLANIFICATION FAMILIALE AU BÉNIN

Les femmes exposées au risque de grossesse et non utilisatrices de la contraception qui souhaitent espacer ou limiter les naissances sont considérées comme ayant des besoins non satisfait en matière de planification.

La notion de besoin non satisfait (ou unmet need selon les Anglos Saxons) pour la contraception est très ancienne et son contenu a beaucoup évolué depuis le lancement en 1984 du programme des enquêtes EDS considéré aujourd'hui comme la source la meilleure pour la mesurer (Ayad et Mboup, 1998). De nos jours le concept de besoin non satisfait est un sujet de première importance pour les responsables des activités en matière de population (PF et politique de population). En 1996, on estime le nombre de femmes mariées en âge de reproduction qui ont un besoin non satisfait à environ 100 millions (Rotary et al., 1996). Cette donnée globale masque, naturellement, de grandes variations entre et à l'intérieur des régions du monde. Dans les pays en développement, par exemple, la proportion des femmes mariées ayant un besoin non satisfait varie entre 11 % en Thaïlande et en Turquie et 38 % au Kenya, avec un pourcentage moyen de 20 % (Ayad et Mboup, 1998).

Pour les programmes de planification, l'évaluation du besoin non satisfait permet d'estimer, l'ampleur et les caractéristiques du marché additionnel de couple pour la contraception. Pour les responsables des politiques de population, l'intérêt de cette évaluation réside dans le fait qu'elle permet de quantifier la baisse potentielle de la fécondité qu'aurait entraîné le recours à un besoin additionnel totalement satisfait (Westoff et Bankolé, 1995).

Pour le cas du Bénin, la volonté du gouvernement en matière de planification familiale s'affirme de plus en plus. Avec l'adoption en 1996 de la déclaration de la politique de population, les autorités béninoises appuyées par les partenaires au développement confirment leur volonté de promouvoir une fécondité responsable, à travers une stratégie globale de développement au sein de laquelle le « bien être » des familles béninoises est une composante essentielle. C'est à ce titre que de nombreuses organisations internationales ont joint leurs efforts dès 1988 (suite à l'initiative de Bamako en 1987) à ceux du gouvernement et se sont engagés activement dans le cadre de projets SMI/PF dont celui « Santé de Reproduction et Planification Familiale ». Initié en 1992, ce projet a pour but la promotion de la santé familiale par la disponibilité de la planification familiale dans les centres de santé gouvernementaux. Les résultats de l'EDSB-I (1996) indiquent que six béninoises en union sur dix vivent actuellement à moins de cinq kilomètres des établissements de santé offrant des prestations de planification familiale (PF). Malgré un taux de prévalence faible au niveau du pays (3,4 % en 1996) les besoins non satisfaits sont importants.

L'objectif de ce chapitre est d'entreprendre, à partir de la première enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB-I 1996), une analyse approfondie du besoin non satisfait pour la planification chez les femmes béninoises. La première section du chapitre sera consacrée au concept et sa mesure. La deuxième section aborde les niveaux et les variations du besoin non satisfait. La troisième confronte les besoins aux intentions d'utiliser ou non la PF dans le futur puis dégage les éventuels changements dans le profil contraceptif des femmes ayant des besoins non satisfaits. La quatrième section traite de l'approbation et des raisons de non utilisation de la PF à l'enquête et dans le futur. La cinquième section est consacrée à l'analyse du besoin non satisfait selon les caractéristiques de la femme. La sixième section évalue la prévalence contraceptive au cas où les besoins additionnels exprimés seraient totalement satisfaits. La section sept réévalue la prévalence contraceptive future en prenant en compte la fréquence des avortements avant de se pencher sur la baisse de la fécondité observée à l'EDSB-I (1996) qu'aurait entraîné le recours à un besoin additionnel totalement satisfait.

## 3.1 Concept et mesure du besoin non satisfait

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la mesure de la population utilisatrice effective et/ ou potentielle des contraceptifs ou de façon plus générale des services de planification familiale. L'intérêt est surtout porté sur le terme de besoin non satisfait pour la PF, expression qui fait partie aujourd'hui du langage technique, mais dont la genèse remonte à une vingtaine d'années.

Le terme de « besoin non satisfait » (Unmet need) a été utilisé pour la première fois par Stokes (1977) en citant les résultats des études CAP dans les pays en développement et les enquêtes de fécondité aux Etats-Unis d'Amérique. Selon l'auteur, le nombre de grossesses mal planifiées et l'usage fréquent de l'avortement par tous les groupes sociaux signalent le besoin non satisfait pour la contraception. Une des premières mesures a été proposée en 1978 par Charles Westoff qui avait estimé les besoins non satisfaits pour limiter les naissances[7] en analysant les données de cinq pays d'Asie ayant participer à l'enquête mondiale sur la fécondité (World Fertility Survey-WFS). La revue de littérature faite par Westoff et Pebley (1981-1984) ont montré qu'une dizaine de définitions ont été proposées entre 1977, année où le terme a été utilisé pour la première fois par Stokes, et 1984 où Nortman et Lewis avaient non seulement inclus dans les besoins les femmes enceintes et celles en aménorrhée mais aussi fait une distinction entre besoin pour espacer et besoin pour limiter.

Dans cette analyse, nous retiendrons la définition standard utilisée par le programme des enquêtes DHS et développée par Westoff. Selon cette définition les femmes mariées qui n'utilisent aucune méthode contraceptive, qui ne sont pas inféconds et qui ne sont pas actuellement enceintes et qui ne veulent plus d'enfants ou qui désirent attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance constituent la population ayant un besoin non satisfait. On inclut dans cette mesure les femmes enceintes ou en aménorrhée dont la dernière grossesse ou la grossesse actuelle était mal planifiée ou non désirée (Zanguiouar, 1995).

Il faut noter toutefois que cette formulation standard du besoin non satisfait a été critiquée au cours des dernières années par certains démographes. Dixon – Mueller et Germain (1992) ont remarqué que le concept tel qu'il était défini n'incluait pas toutes les dimensions du besoin non satisfait pour la planification familiale. Selon les auteurs le concept aurait dû inclure les femmes qui n'étaient pas mariées, celles qui utilisaient des méthodes inefficaces, les femmes dont la dernière grossesse étaient le résultat de l'échec de la méthode, et celles qui utilisaient l'avortement pour éviter une grossesse non désirée. Mais il n'est pas exclu que certaines des femmes qui sont censées l'éprouver déclarent qu'elles n'ont pas l'intention de recourir un jour à la contraception. Ce qu'expriment ces femmes traduit un besoin non satisfait par la PF mais pas un besoin en PF. Allant dans le même sens d'autres chercheurs ont mis en cause l'importance démographique potentielle même du phénomène. Ils ont suggéré de remplacer le terme « besoin non satisfait » par celui de « demande potentielle » (Pritchett, 1994).

Il est évident que la mesure du besoin non satisfait à partir de questions sur les intentions ne peut être que très imparfaite (Westoff et Bankolé, 1995), car le concept lui même est basé sur la motivation des femmes n'utilisant pas actuellement la contraception et qui ont exprimé le désir d'espacer la prochaine naissance ou de ne plus avoir d'enfants. Cette motivation peut être forte comme elle peut être faible. Par exemple les réponses aux questions des attitudes vis à vis de la procréation ne tiennent pas compte de l'effet des pressions sociales ou des attitudes des autres membres de la famille, surtout le mari, qui peuvent avoir une grande influence sur les décisions en matière de reproduction. Par ailleurs les données sur les intentions sont recueillies à partir d'un échantillon de femmes qui sont à différents moments de leur vie féconde. Pour les femmes en début de mariage, les réponses sont liées à des objectifs à long terme dont la stabilité et la valeur prédictive sont inconnues. Pour les femmes en fin de vie féconde, les réponses sont influencées par leur histoire génésique.

[7] Le questionnaire WFS n'avait pas de question sur le désir des femmes pour espacer les naissances. Par ailleurs, les femmes enceintes ou en aménorrhée étaient exclues parce qu'elles étaient considérées à ce moment-là comme n'ayant pas de besoin pour la pratique de la contraception.

Malgré les problèmes de définition et de mesure de l'indicateur du besoin non satisfait, il n'en reste pas moins que les données relatives à ce concept sont d'une grande utilité pour les responsables des programmes de population; en effet, elles permettent de mieux comprendre les forces qui affectent la reproduction et les aspiration des couples pour réaliser leurs besoins en matière de fécondité.

## 3.2 Niveaux et variations régionales des besoins non satisfaits

En utilisant le concept tel qu'il est défini par Westoff, nous avons estimé le niveau des besoins pour la PF au Benin (graphique 3.1).

Le tableau 3.1 fournit les niveaux et les variations du besoin non satisfait des femmes en union et en âge de procréation, groupe qui représente 76,5 % de la population féminine interviewée en 1996 à l'enquête EDSB-I. Au niveau national, près de 26 % des femmes en union se trouvaient dans le besoin de pratiquer la planification soit pour espacer (17,1 %), soit pour limiter (8,6 %). Si l'on ajoute le besoin non satisfait au taux de prévalence contraceptive (16,4 %), la demande pour les services de PF passe à 42,1 % chez les femmes en union.

Au Bénin, le besoin non satisfait et la demande globale des services de PF sont très différents d'une région à l'autre. Les variations régionales du besoin non satisfait laissent apparaître que le phénomène est plus accentué dans le département de l'Atlantique où une femme sur trois éprouve le besoin d'espacer (20,4 %) ou de limiter (12,8 %) les naissances. Par rapport à la moyenne nationale, quatre groupes de départements peuvent être constitués : un premier groupe à fort taux de besoins non satisfaits constitué du département de l'Atlantique; un deuxième groupe comprenant les départements du Borgou et du Mono caractérisés par des besoins non satisfaits proches de la moyenne nationale (26,0 %); un groupe comprenant le département du Zou dont l'ensemble des besoins non satisfaits se situe à un niveau intermédiaire par rapport aux deux premiers groupes et enfin, un dernier groupe constitué par deux départements, l'Atacora et l'Ouémé dont l'ensemble des besoins non satisfaits sont largement en-deça du seuil national.

Lorsqu'on considère la demande globale des services de PF, trois groupes de départements apparaissent clairement : il s'agit du groupe constitués des départements de l'Atacora et du Borgou dont la demande en services de PF est faible (moins de 32 %), du groupe comprenant les trois départements du Mono, de l'Ouémé et du Zou dont la demande en services de PF est proche du niveau national (42,1 %) et enfin du groupe constitué par le département de l'Atlantique) caractérisé par une très forte demande en services de PF (60,5 %).

Si les disparités entre départements sont importantes, elles le sont moins entre milieu rural et urbain notamment en ce qui concerne le besoin non satisfait lequel est évalué à 25,0 % en milieu rural contre 27,0 % en milieu urbain.

L'écart urbain-rural est un peu plus accentué lorsqu'on considère la demande globale des services de PF; différence liée en grande partie aux variations des besoins déjà satisfaits dans les deux milieux.

Dans ce qui suit nous aborderons l'utilisation future de la PF par les femmes ayant des besoins non satisfaits.

**Graphique 3.1 Besoin non satisfait pour la Planification familiale EDSB -I 1996 BENIN**

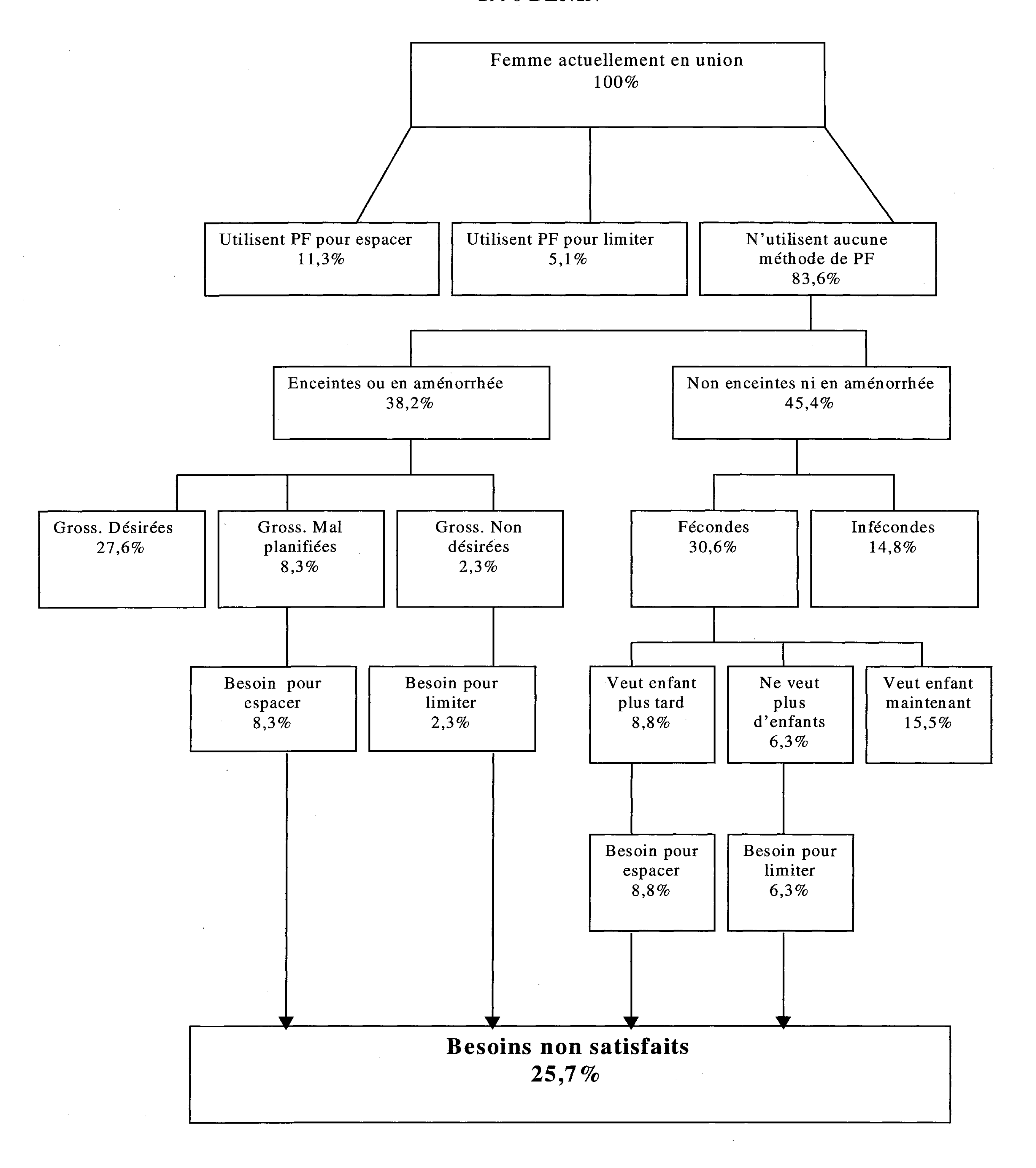


Tableau 3.1 Variation régionale des besoins en PF des femmes en union

| | Atacora | Atlantique | Borgou | Mono | Ouémé | Zou | Urbain | Rural | Ensemble |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Besoins non satisfaits pour espacer | 15,1 | 20,4 | 18,4 | 19,9 | 7,9 | 20,0 | 17,3 | 16,9 | 17,1 |
| Besoins non satisfaits pour limiter | 4,9 | 12,8 | 8,3 | 7,8 | 8,5 | 8,4 | 96 | 8,1 | 8,6 |
| Besoins non satisfaits | 20,0 | 33,2 | 26,7 | 27,7 | 16,3 | 29,5 | 27,0 | 25,0 | 25,7 |
| Besoins satisfaits | 8,9 | 27,3 | 4,6 | 17,2 | 30,7 | 13,0 | 19,0 | 14,0 | 16,4 |
| Demande potentielle | 28,9 | 60,5 | 31,3 | 44,9 | 47,0 | 42,5 | 46,0 | 39,0 | 42,1 |

## 3.3 Utilisation future de la PF par les femmes en union ayant des besoins non satisfaits

Le tableau 3.2 montre qu'une proportion relativement importante, soit 65,3 % des femmes en union ayant des besoins non satisfaits ont l'intention d'utiliser la PF. Dans un futur très proche (dans moins d'un an), 82 % de ces femmes comptent l'utiliser; le reste compte l'utiliser plus tard. Quelque soit le moment d'utilisation prochaine de la PF, la méthode préférée reste la méthode moderne; en effet 72,4 % des femmes ayant l'intention d'utiliser la PF dans un proche avenir se prononcent en faveur des méthodes modernes contre 66,9 % pour celles qui veulent l'utiliser plus tard. Parmi l'ensemble des femmes en union ayant des besoins non satisfaits, l'intention d'utiliser une méthode moderne dans l'avenir est plus forte dans le département du Zou (59,8 %) et plus faible dans l'Atacora (31,2 %).

Tableau 3.2 Intention des femmes en union ayant un besoin non satisfait d'utiliser une méthode contraceptive par département

| Région de résidence | Pas d'intention d'utiliser | Intention d'utiliser méthode... | | | | Total | Effectif |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Moderne | Traditionnelle | Populaire | NSP | | |
| **Département** | | | | | | | |
| Atacora | 39,7 | 31,2 | 6,4 | 4,2 | 18,4 | 100,0 | 141 |
| Atlantique | 21,1 | 49,6 | 15,8 | 3,7 | 9,7 | 100,0 | 246 |
| Borgou | 41,4 | 50,2 | 0,4 | 0,0 | 7,9 | 100,0 | 227 |
| Mono | 41,7 | 38,7 | 8,0 | 6,6 | 4,9 | 100,0 | 163 |
| Ouémé | 42,7 | 41,0 | 7,0 | 4,0 | 5,0 | 100,0 | 100 |
| Zou | 31,4 | 59,8 | 4,7 | 1,5 | 2,5 | 100,0 | 194 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | |
| Rural | 63,6 | 44,7 | 7,9 | 3,2 | 7,3 | 100,0 | 681 |
| Urbain | 32,0 | 49,7 | 5,8 | 3,0 | 9,2 | 100,0 | 394 |
| Ensemble | 34,7 | 46,6 | 7,2 | 3,1 | 8,0 | 100,0 | 1075 |

L'analyse conjointe de l'utilisation passée et future de la PF annonce d'éventuels changements dans le comportement des femmes vis à vis de la contraception. En effet les femmes qui avaient, par le passé, utilisé une méthode traditionnelle et celle qui n'ont jamais utilisé une méthode quelconque optent en majorité pour une méthode moderne dans le cas d'une utilisation future de la PF (tableau 3.3). Ce changement est d'autant plus important lorsqu'on sait que la plupart des femmes africaines désirent espacer les naissances de trois ans environ et réalisent cet espacement avec les méthodes traditionnellement à leur disposition (Locoh,1992 : 17).

Le taux perspectif de reconversion (qui se définit comme le rapport de l'effectif des femmes ayant utilisé une méthode A par le passé et qui optent pour une autre méthode B dans le futur sur l'effectif des femmes ayant utilisé la méthode A par le passé) de la contraception traditionnelle à la contraception moderne s'élève au niveau national à 60,6 %. À l'inverse, le taux perspectif de reconversion de la contraception moderne à la contraception traditionnelle n'est que de 10,3 %.

Le taux perspectif de reconversion d'une méthode traditionnelle à une méthode moderne est pratiquement identique en milieu rural et urbain et avoisine les 60 %. Ceci confirme le désir de changement de comportements annoncé précédemment. Signalons toutefois que les souhaits exprimés pour le passage de la contraception moderne à la contraception traditionnelle, quoique faibles, sont deux fois plus importants en milieu rural qu'en milieu urbain. Comparés aux femmes dont les besoins sont satisfaits principalement par les méthodes traditionnelles ces résultats laissent supposer une position mitigée des Béninoises qui, bien qu'aspirant à un changement de comportement, reste quelque peu attachées à des pratiques coutumières.

Tableau 3.3 Parcours contraceptif des femmes en union ayant un besoin non satisfait et ayant l'intention d'utiliser la PF dans le futur

| | | Urbain | | | Rural | | | Ensemble | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Type de méthode utilisée dans le passé A | Type de méthode utilisée actuellement B | Effectif | % | Taux (%) de recon-version de A vers B | Effectif | % | Taux (%) de recon-version de A vers B | Effectif | % | Taux (%) de recon-version de A vers B |
| **Aucune** | Moderne | 108 | 40,4 | 80,6 | 192 | 44,1 | 75,6 | 300 | 42,7 | 77,3 |
| | Traditionnelle | 1 | 0,4 | 0,7 | 11 | 2,5 | 4,3 | 12 | 1,7 | 3,1 |
| | Populaire | 4 | 1,5 | 3,0 | 12 | 2,8 | 4,7 | 16 | 2,3 | 4,1 |
| | NSP | 21 | 7,9 | - | 39 | 9,0 | - | 60 | 8,5 | - |
| | Sous – total | 134 | 50,2 | - | 254 | 58,4 | - | 388 | 55,3 | - |
| | Moderne | 41 | 15,4 | 73,2 | 24 | 5,5 | 77,4 | 65 | 9,3 | - |
| **Moderne** | Traditionnelle | 4 | 1,5 | 7,1 | 5 | 1,1 | 16,1 | 9 | 1,3 | 10,3 |
| | Populaire | 4 | 1,5 | 7,1 | 0 | 0,0 | 0,0 | 4 | 0,6 | 4,6 |
| | NSP | 7 | 2,6 | - | 2 | 0,5 | - | 9 | 1,3 | - |
| | Sous – total | 56 | 21,0 | - | 31 | 7,1 | - | 87 | 12,4 | - |
| | Moderne | 45 | 16,9 | 61,6 | 86 | 19,8 | 60,1 | 131 | 18,7 | 60,6 |
| **Traditionnelle** | Traditionnelle | 17 | 6,4 | 23,3 | 38 | 8,7 | 26,6 | 55 | 7,8 | - |
| | Populaire | 4 | 1,5 | 5,5 | 9 | 2,1 | 6,3 | 13 | 1,9 | 0,6 |
| | NSP | 7 | 2,6 | | 10 | 2,3 | | 17 | 2,4 | - |
| | Sous – total | 73 | 27,3 | - | 143 | 32,9 | - | 216 | 30,8 | - |
| | Moderne | 1 | 0,4 | * | 3 | 0,7 | * | 4 | 0,6 | 0 |

## 3.4 Raison de non utilisation de la PF à l'enquête et dans le futur

### 3.4.1 Raisons pour le besoin non satisfait à l'enquête

Les raisons de non utilisation de la PF à l'enquête par les femmes en union qui en éprouvent le besoin sont présentées dans le tableau 3.4. D'après ce tableau, les raisons liées à la fécondité (la faible fréquence des rapports sexuels, le désir d'avoir un enfant, etc.) sont les plus fréquemment évoquées (49,4 %) suivies de la méconnaissance des méthodes contraceptives et de leurs sources d'approvisionnement (25,6 %).

Tableau 3.4 Raison de non utilisation à l'enquête de la PF par les femmes en union qui ont des besoins non satisfaits

| | Femmes ayant utilisé PF dans le passé et n'utilisant plus lors de l'enquête | | Femme n'ayant jamais utilisé PF | | Femmes en union ayant des besoins en PF non satisfaits | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % |
| **Raisons liées à la fécondité** | **323** | **30,0** | **209** | **19,4** | **532** | **49,4** |
| Rapport sexuel peu fréquent | 60 | 5,6 | 45 | 4,2 | 105 | 9,8 |
| Veut en plus des enfants | 6 | 0,6 | 101 | 9,4 | 107 | 1,0 |
| N'a plus de rapport sexuel | 31 | 2,9 | 4 | 0,4 | 35 | 3,3 |
| Sous féconde | 20 | 1,9 | 10 | 0,9 | 30 | 2,8 |
| Aménorrhée post partum | 107 | 9,9 | 33 | 3,1 | 140 | 1,3 |
| Enceinte | 92 | 8,5 | 7 | 0,6 | 99 | 9,1 |
| Conjoints séparés | 7 | 0,6 | 9 | 0,8 | 16 | 1,4 |
| **Opposition à l'utilisation :** | **22** | **2,0** | **104** | **9,6** | **126** | **11,6** |
| Enquêtée opposée | 10 | 0,9 | 73 | 6,8 | 83 | 7,7 |
| Mari opposé | 10 | 0,9 | 22 | 2,0 | 32 | 2,9 |
| Autre personne opposée | | 0,0 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| Interdit religieux | 2 | 0,2 | 8 | 0,7 | 10 | 0,9 |
| **Ne connaît** | **25** | **2,3** | **251** | **23,3** | **276** | **25,6** |
| Aucune méthode | 11 | 1,0 | 139 | 12,9 | 150 | 13,9 |
| Aucune source | 14 | 1,3 | 112 | 10,4 | 126 | 11,7 |
| **Raison liée à la méthode** | **51** | **4,7** | **93** | **8,6** | **144** | **13,3** |
| Problème de santé | 9 | 0,8 | 7 | 0,6 | 16 | 1,4 |
| Peur des effets secondaires | 22 | 2,0 | 47 | 4,4 | 69 | 6,4 |
| Pas accessible | 1 | 0,1 | 2 | 0,2 | 3 | 0,3 |
| Trop chère | 7 | 0,6 | 15 | 1,4 | 22 | 0,2 |
| Pas pratique à utiliser | 1 | 0,1 | 5 | 0,5 | 6 | 0,6 |
| Interfère avec le temps | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 2 | 0,2 |
| Autre | 6 | 0,6 | 8 | 0,7 | 14 | 1,3 |
| NSP | 4 | 0,4 | 8 | 0,7 | 12 | 1,1 |
| Ensemble | 421 | 39,1 | 657 | 60,9 | 1078 | 10,0 |

Pour mieux cerner les raisons avancées, les femmes en union ayant des besoins non satisfaits ont été réparties dans cette section en deux groupes : le groupe des femmes qui ont utilisé la PF dans le passé et qui n'en utilisent plus lors de l'enquête (39,1 %) et le groupe des femmes n'ayant jamais utilisé la PF (60,9 %). Dans ces deux groupes la structure des raisons de non utilisation n'est pas identique. Les raisons liées à la fécondité sont deux fois plus citées par le premier groupe de femmes (76,7% contre 31,8 % par le second groupe) tandis que la méconnaissance des méthodes et de leur source d'approvisionnement sont principalement mentionnées par le second groupe (15,8 % contre 5,2 % par le premier groupe). Les mêmes tendances s'observent lorsqu'on se limite aux seules femmes en union ayant des besoins et qui ont l'intention d'utiliser la PF dans le futur.

Contrairement à l'idée assez répandue selon laquelle l'opposition des conjoints en particulier celle du mari constitue un obstacle majeur à l'utilisation de la PF, cette raison n'est évoquée que par 10,6 % des femmes en union ayant un besoin non satisfait . Si opposition il y a elle est plus forte chez les femmes elles mêmes (7,7 %) que chez les maris (2,9 %). Les raisons d'ordre religieux, quant à elles, sont peu fréquentes (un cas sur 100). Il en est de même du coût et de l'accessibilité à la PF. Quant aux raisons liées à la méthode, c'est surtout la crainte des effets secondaires (6,4 %) qui est mentionnée.

Tableau 3.5 Répartition (en %) des femmes en union ayant des besoins non satisfaits, ayant utilisé PF dans le passé et n'utilisant plus lors de l'enquête par département selon la raison évoquée et la région de résidence

| | Raisons liées à la fécondité | Opposition à l'utilisation | Méconnaissance des méthodes et source | Raisons liées à la méthode | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **Femmes ayant utilisé PF dans le passé et n'utilisant plus à l'enquête** | | | | | |
| Atacora | 61,5 | 30,8 | 7,7 | 0,0 | 100,0 |
| Borgou | 60,0 | 26,7 | 0,0 | 13,3 | 100,0 |
| Atlantique | 74,4 | 3,6 | 6,7 | 15,4 | 100,0 |
| Mono | 82,6 | 5,8 | 0,0 | 11,6 | 100,0 |
| Ouémé | 90,1 | 0,0 | 7,0 | 2,8 | 100,0 |
| Zou | 70,9 | 1,8 | 12,7 | 14,5 | 100,0 |
| Rural | 80,2 | 4,5 | 6,2 | 9,1 | 100,0 |
| Urbain | 72,1 | 6,1 | 5,6 | 16,2 | 100,0 |
| Ensemble | 76,7 | 5,2 | 5,9 | 12,1 | 100,0 |
| **Femme n'ayant jamais utilisé PF** | | | | | |
| Atacora | 22,9 | 20,6 | 47,3 | 9,2 | 100,0 |
| Borgou | 17,1 | 19,0 | 53,6 | 10,4 | 100,0 |
| Atlantique | 31,9 | 10,6 | 36,2 | 21,3 | 100,0 |
| Mono | 36,7 | 19,4 | 24,5 | 19,4 | 100,0 |
| Ouémé | 44,8 | 6,9 | 41,4 | 6,9 | 100,0 |
| Zou | 56,2 | 8,0 | 16,1 | 19,7 | 100,0 |
| Rural | 32,7 | 14,4 | 40,9 | 12,0 | 100,0 |
| Urbain | 29,9 | 18,7 | 32,7 | 18,7 | 100,0 |
| Ensemble | 31,8 | 15,8 | 38,2 | 14,2 | 100,0 |
| **Femmes en union ayant des besoins en PF non satisfaits** | | | | | |
| Atacora | 26,4 | 21,6 | 43,7 | 8,3 | 100,0 |
| Borgou | 19,9 | 19,5 | 31,9 | 8,7 | 100,0 |
| Atlantique | 66,1 | 5,0 | 12,4 | 16,5 | 100,0 |
| Mono | 30,1 | 13,8 | 14,4 | 15,7 | 100,0 |
| Ouémé | 77,0 | 2,0 | 17,0 | 4,0 | 100,0 |
| Zou | 60,4 | 6,3 | 15,1 | 18,2 | 100,0 |
| Rural | 49,6 | 10,9 | 28,6 | 10,9 | 100,0 |
| Urbain | 49,1 | 13,0 | 20,3 | 17,6 | 100,0 |
| Ensemble | 49,5 | 11,6 | 25,6 | 13,3 | 100,0 |

Tableau 3.6 Raisons de non utilisation de la PF par les femmes ayant des besoins non satisfaits et qui n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans le futur

| | Ensemble | |
|---|---|---|
| | Effectif | % |
| **Raisons liées à la fécondité** | 114 | 30,6 |
| Rapport sexuel peu fréquent | 59 | 15,8 |
| Ménopausée | 1 | 3,0 |
| Veut en plus des enfants | 32 | 8,6 |
| N'a plus de rapport sexuel | | |
| Sous féconde | 22 | 5,9 |
| Aménorrhée post partum | | |
| Enceinte | | |
| Conjoints séparés | | |
| **Opposition à l'utilisation :** | 132 | 35,4 |
| Enquêtée opposée | 86 | 23,1 |
| Mari opposé | 23 | 6,2 |
| Autre personne opposée | | |
| Interdit religieux | 23 | 6,2 |
| **Ne connaît** | 48 | 12,9 |
| Aucune méthode | 25 | 6,7 |
| Aucune source | 23 | 6,2 |
| **Raison liée à la méthode** | 79 | 21,2 |
| Problème de santé | 6 | 1,6 |
| Peur des effets secondaires | 43 | 11,5 |
| Pas accessible | 1 | 3,0 |
| Trop chère | 5 | 1,3 |
| Pas pratique à utiliser | 2 | 5,0 |
| Interfère avec le corps | 2 | 5,0 |
| Autre | 8 | 2,1 |
| NSP | 12 | 3,2 |
| Ensemble | 373 | 100,0 |

L'opposition à l'utilisation des méthodes contraceptives, toute catégorie confondue, est très fréquente dans les départements de l'Atacora (21,6 %), du Borgou (19,5 %), du Mono (13,8 %) et dans une moindre mesure dans le Zou (6,2 %) (tableau 3.5).

D'une manière générale la volonté d'avoir plus d'enfants est souvent déclarée par les femmes en union ayant des besoins non satisfaits et qui n'ont jamais utilisé la PF (9,4 %).Ce constat reste valable pour tous les départements. Toutefois cette volonté est plus manifeste dans les départements de l'Atacora (16 %), du Borgou (12,8 %) et du Zou (20,3 %).

Le manque d'information sur les méthodes et leurs sources d'approvisionnement est dans 1 cas sur 2 la principale raison de non utilisation de la PF par les femmes en union qui n'ont jamais utilisé la PF mais ayant des besoins non satisfaits dans les départements du Borgou et de l'Atacora. Par rapport à la moyenne nationale (38,2 %), le Mono et le Zou se distinguent par une plus faible proportion de femmes n'ayant jamais utilisé la PF mais ayant des besoins non satisfaits parce que sous informées. Les raisons de non utilisation de la PF à l'enquête par ces femmes varient peu selon les milieux de résidence.

### 3.4.2 Raisons de non utilisation future de la PF

L'analyse de ces raisons concernent spécifiquement les femmes ayant des besoins non satisfaits et qui n'ont pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans le futur. Ces raisons sont présentées dans le tableau 3.6. Compte tenu de la faiblesse des effectifs au niveau des départements nous allons restreindre notre étude au niveau national.

Les principales raisons déclarées par ces femmes pour la non utilisation future de la PF sont la faible fréquence des rapports sexuels (15,8 %), l'opposition de l'enquêtée (23,1 %), le manque d'information sur les méthodes contraceptive (12,9 %) et la peur des effets secondaires liés à leur utilisation (11,5 %). Ensemble, ces quatre facteurs sont évoqués par 62,3 % des femmes concernées. Quant a l'opposition du conjoint et l'interdit religieux, ils ne sont cités que par 6,2 % des femmes.

## 3.5 Facteurs explicatifs des besoins pour la PF

Le thème principal de cette étude est l'explication des besoins non satisfaits et de l'intention des femmes ayant exprimé le besoin d'utiliser la PF dans le futur. Cependant et comme le souligne Ayad et Mboup (1998) dans une analyse statistique multivariée de type logistique, il serait difficile d'interpréter les coefficients calculés sur la base d'une variable dichotomique avec la modalité 1 *ayant des besoins non satisfaits* et la

modalité 0 *n'ayant pas des besoins non satisfaits*. La difficulté repose sur le fait que la deuxième modalité regroupe deux sous groupes de femmes totalement hétérogènes, d'une part les femmes n'ayant exprimé aucun besoin d'espacement ni de limitation des naissances et d'autre part celles ayant un besoin satisfait c'est à dire les utilisatrices. Ces deux-sous groupes constituent, en effet, les deux segments extrêmes de femmes. Dans ce cas pour l'explication de la non satisfaction des besoins, il faut d'abord identifier et expliquer l'existence des besoins. Il faut en fait procéder à trois modèles de régression logistiques. Le premier met en relation l'ensemble des besoins (demande potentielle totale) avec certaines caractéristiques socio-économiques de la femme et certaines variables d'opinion de la femme et de son conjoint vis à vis de la planification familiale. Ces mêmes variables sont ensuite utilisées dans le deuxième modèle pour expliquer la satisfaction des besoins et dans un troisième modèle pour expliquer l'intention des femmes ayant un besoin non satisfait d'utiliser la PF dans le futur. L'autre alternative (prévue pour la suite de la recherche) consisterait à utiliser deux régressions multinominales. La première avec une variable dépendante trichotomique dont la première modalité est constituée des femmes n'ayant exprimé aucun besoin pour la PF, la seconde celle ayant un besoin non satisfait et enfin la troisième de femmes ayant un besoin satisfait. La deuxième régression multinominale aura pour variable dépendante une variable à quatre modalités à savoir le groupe des femmes n'ayant exprimé aucun besoin, le groupe ayant un besoin non satisfait sans intention d'utiliser la PF dans le futur, le groupe des femmes ayant un besoin non satisfait avec intention d'utiliser la PF dans le futur et le groupe ayant un besoin satisfait.

Les trois variables à expliquer, les besoins d'une part, leur satisfaction de l'autre, l'intention d'utiliser la PF dans le futur, étant des variables dichotomiques, la régression est utilisée pour estimer leurs associations avec les facteurs socio-démographiques, économiques et culturels. Soit p la probabilité d'avoir un besoin pour la PF et 1-p celle de ne pas en avoir.

La régression logistique exprime l'expression log (p/(1-p)) sous forme d'une combinaison linéaire des variables dites indépendantes avec des coefficients $\beta$ qui expriment leurs effets. La formulation statistique est la suivante :

$$\log (p/(1-p) = \beta_0 + \text{somme} (\beta i\, Xi)$$

Où $\beta_0$ est la constante, et $\beta_n$ est l'accroissement des logit des probabilités dus à la caractéristique Xn. Cela veut dire que la fonction exponentielle de $\beta_i$ représente le facteur par lequel les rapports chance changent avec la caractéristique Xi.

Trois modèles de régression logistiques sont construits : le premier ayant comme variable dépendante les besoins de PF, le second la non satisfaction des besoins et le troisième l'intention d'utiliser la PF dans le futur. Les variables indépendantes sont :

- Âge
- Milieu de résidence
- Niveau d'instruction
- Région de résidence
- Approbation de la pratique de la PF
- Discussion sur la PF dans le foyer
- Nombre d'enfants nés vivants

Les résultats du modèle multivarié calculés à partir des données de la première enquête démographique et de santé (EDSB-I, 1996) sont présentés dans le tableau 3.7.

Les resultats du tableau 3.7 révèlent que le nombre d'enfants nés vivants est au premier rang des facteurs explicatifs des besoins pour la PF. Plus la parité des femmes est élevée, plus elles expriment un besoin pour espacer ou pour limiter les naissances. Il a lieu de préciser que la descendance réalisée est à ce niveau plus déterminante que l'âge de la femme. Les deux variables sont corrélées et l'effet de cette colinéarité est mis en exergue dans notre modèle à travers les coefficients de régression négatifs de l'âge. Ce résultat est artificiel et implique donc le retrait de l'âge de la femme du modèle final proposé.

Tableau 3.7 Rapport de risque de besoin en PF et rapport de risque du besoin non satisfait en PF

| | Besoin total | Besoin non satisfait | Intention d'utiliser PF dans le futur |
|---|---|---|---|
| **Milieu de résidence** | | | |
| Urbain | 0,0508 | 1219 | -2215 |
| **Niveau d'instruction de la femme** | | | |
| Primaire | 0,3235*** | -0,2583* | -3324 |
| Secondaire | 0,1978 | -0,9422*** | 2396 |
| **Département de résidence** | | | |
| Atlantique | 0,8908*** | -538 | 0,5645* |
| Borgou | 0,0832 | 1,1563*** | 345 |
| Mono | 0,5093*** | -0,0638 | -3863 |
| Ouémé | 0,7131*** | -1,4059*** | -2069 |
| Zou | 0,3597*** | 0,4213** | 751 |
| **Approbation de la pratique de la PF par la femme** | | | |
| Couple approuve | 1,0231*** | -1,0953*** | 3,2902*** |
| Femme approuve | 0,7226*** | -0,1845 | 3,2865*** |
| Mari approuve | 0,2146 | -1,1914*** | 4138 |
| **Discussion sur la PF dans le foyer** | | | |
| Couple discute rarement | 0,4688*** | -0,0794 | 0,4780* |
| Couple discute souvent | 0,7941*** | -0,5641*** | 0,7076** |
| **Nombre d'enfants nés vivants** | | | |
| 1 ou 2 | | | |
| 3 ou 4 | 0,1791** | | |
| 5 ou 6 | 0,3665*** | | |
| 7 et plus | 0,6114*** | | |
| **Age** | | | |
| 20-29 ans | | -0,5696** | -187 |
| 30-39 ans | | -,04436* | -5065 |
| 40-49 ans | | -0,4740* | -1,3206*** |

Le fait de résider dans un milieu urbain n'affecte pas la demande pour la PF de manière notable. Contrairement au fait de résider en milieu urbain, le fait d'être instruit accroît considérablement les besoins pour la PF, mais cet effet n'est pas clairement mis en évidence chez les femmes ayant le niveau secondaire et plus parce que, dans ce groupe, l'effet de l'instruction s'exprime à travers le niveau de la communication entre conjoints.

À l'exception du Borgou et de l'Atacora, la région de résidence a un effet significatif sur la demande pour la PF. La différence du niveau d'instruction pourrait être à l'origine de cet écart notamment entre l'Atlantique et les autres régions du pays. Mais le besoin pour la PF, plus important au Mono par rapport au Borgou et à l'Atacora, trois départements où les femmes de 15 ans et plus sont sans instruction à plus de 91 % et n'ont atteint le niveau primaire que dans une proportion de 4 % à 5 % indique que la demande en PF s'expliquerait par des facteurs autres que le faible niveau d'instruction. Elle peut être due au fait que les femmes connaissent plus les méthodes contraceptives et adoptent des comportements favorables à la demande pour la PF. On note, en effet, que comparées aux femmes du Septentrion (Atacora et Borgou) les femmes du Mono sont plus nombreuses à connaître des méthodes contraceptives mais aussi que l'approbation de la PF par le couple ou la femme ainsi que la discussion entre conjoints sur la PF contribue positivement à la demande de la PF.

Comme l'indique le graphique 3.1, ce ne sont pas toutes les femmes ayant exprimé un besoin pour la PF qui utilisaient la contraception au moment de l'enquête. La demande de la PF n'a été satisfaite qu'à 39 % (16,4 % d'utilisatrices par rapport à 42,1 % de demande totale). Ici le nombre d'enfants n'explique pas la non satisfaction de la demande en PF. Lorsque la femme exprime un besoin en PF, le fait qu'elle n'utilise pas la contraception ne s'explique pas par une faible fécondité. C'est plutôt l'âge qui explique le mieux la non satisfaction de cette demande. Les femmes trop âgées (40-49ans), même si elles expriment un besoin en PF, sont moins nombreuses à utiliser la contraception. Par ailleurs, le niveau d'instruction joue un grand rôle dans le degré de satisfaction. Plus les femmes exprimant un besoin sont instruites, plus elles sont nombreuses à recourir à la contraception. Les mêmes résultats ont été observés par Ayad et Mboup (1998) au Sénégal. Par rapport à la région de résidence, l'Atlantique qui a un des besoins les plus importants a le taux de satisfaction le plus faible après le Borgou et le Zou. Le fait de réside en milieu urbain n'explique pas la satisfaction du besoin en PF. À ce niveau l'approbation de la contraception par le couple ou le conjoint et la fréquence des discussions au sujet de la PF jouent un rôle de premier plan. Alors que l'opinion de la femme est primordial dans l'expression du besoin en PF, c'est plutôt l'avis du mari qui l'emporte quant à la satisfaction de la demande exprimé par l'épouse.

S'agissant de l'utilisation future de la contraception par les femmes ayant un besoin non satisfait, le tableau 3.7 atteste que l'approbation de la PF est de loin le premier, facteur expliquant le désir de satisfaire le besoin exprimé. Les femmes ayant exprimé un besoin pour la PF qui seules ou avec leurs maris n'approuvent pas la contraception sont moins motivées pour utiliser la contraception dans le futur. Le département de résidence à l'exception de l'Atlantique, n'a pas d'effet significatif sur l'utilisation future de la PF par les femmes ayant exprimé le besoin. Ainsi donc, hormis l'Atlantique le désir des femmes de satisfaire leurs besoins est identique dans le reste du pays.

Nous venons de situer le rôle respectif du milieu de résidence, du niveau d'instruction, de la région, de l'approbation de la pratique de la PF par les conjoints, de la fréquence des discussions sur la PF, de la parité et de l'âge dans l'explication des besoins en PF, de leur satisfaction et de l'intention d'utiliser la PF dans le futur. La suite de ce chapitre évalue l'importance relative de chaque type de contraception dans la couverture actuelle et à venir des besoins en PF des femmes en union.

## 3.6 Rôle des types de contraception dans la satisfaction actuelle et future des besoins en PF

Avant d'aller plus loin dans les analyses qui suivent, il n'est pas superflu de souligner toute la difficulté de prédire la méthode contraceptive qu'utilisera une femme pour faire face à ses besoins futur en planification familiale. Par ailleurs, vue les analyses précédentes, notamment celles sur le parcours contraceptif et la fréquence de l'avortement, il est fort probable que certaines des femmes ayant un besoin satisfait préféreront couvrir ce besoin à l'aide de méthodes autres que celles utilisées à l'enquête. A l'EDSB-I, les questions "pensez-vous que vous utiliserez une autre méthode dans le futur'' et "quelle autre méthode préféreriez-vous

utiliser'' n'ont pas été posées aux femmes utilisant une méthode à l'enquête. Faute de pouvoir calculer les taux perspectif de reconversion chez ces femmes, nous considérons que ces taux sont négligeables. Cette hypothèse peut conduire, pour une catégorie donnée de méthodes, soit à une surestimation, soit à une sous-estimation du niveau d'utilisation future.

Tableau 3.8 Type de méthode actuellement utilisée ou préférée par les femmes en union pour satisfaire leurs besoins en PF

| | Type de méthode actuellement utilisée ou préférée pour le futur | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aucune | Moderne | Traditionnelle | Populaire | NSP | Total | Effectif |
| **Besoin satisfait en PF** | | | | | | | |
| Atacora | -- | 30,6 | 19,4 | 50,0 | -- | 100,0 | 62 |
| Atlantique | -- | 18,2 | 78,3 | 3,5 | -- | 100,0 | 203 |
| Borgou | -- | 56,4 | 38,5 | 5,1 | -- | 100,0 | 39 |
| Mono | -- | 10,7 | 89,3 | 0,0 | -- | 100,0 | 103 |
| Ouémé | -- | 13,3 | 83,7 | 3,0 | -- | 100,0 | 196 |
| Zou | -- | 34,1 | 62,4 | 3,5 | -- | 100,0 | 85 |
| Urbain | -- | 30,7 | 65,0 | 4,3 | -- | 100,0 | 277 |
| Rural | -- | 14,3 | 76,9 | 8,8 | -- | 100,0 | 411 |
| Ensemble | -- | 20,9 | 71,9 | 7,2 | -- | 100,0 | 688 |
| **Besoin non satisfait** | | | | | | | |
| Atacora | 39,9 | 31,9 | 5,8 | 4,3 | 18,1 | 100,0 | 138 |
| Atlantique | 21,0 | 49,6 | 15,9 | 3,7 | 9,8 | 100,0 | 246 |
| Borgou | 41,7 | 50,0 | 0,4 | | 7,9 | 100,0 | 228 |
| Mono | 42,2 | 38,0 | 7,2 | 7,2 | 5,4 | 100,0 | 166 |
| Ouémé | 41,7 | 39,8 | 7,8 | 4,9 | 5,8 | 100,0 | 103 |
| Zou | 31,5 | 59,8 | 4,6 | 1,5 | 2,6 | 100,0 | 194 |
| Urbain | 32,0 | 49,9 | 5,9 | 3,0 | 9,2 | 100,0 | 393 |
| Rural | 36,7 | 44,7 | 8,1 | 3,2 | 7,3 | 100,0 | 682 |
| Ensemble | 35,0 | 46,5 | 7,2 | 3,3 | 8,0 | 100,0 | 1075 |
| **Demande potentielle** | | | | | | | |
| Atacora | 27,2 | 31,2 | 10,4 | 18,8 | 12,4 | 100,0 | 202 |
| Atlantique | 11,6 | 35,6 | 44,0 | 3,4 | 5,4 | 100,0 | 447 |
| Borgou | 35,6 | 50,9 | 6,1 | 0,7 | 6,7 | 100,0 | 267 |
| Mono | 25,9 | 27,4 | 38,9 | 4,4 | 3,3 | 100,0 | 270 |
| Ouémé | 14,4 | 22,7 | 57,5 | 3,3 | 2,1 | 100,0 | 299 |
| Zou | 21,9 | 52,0 | 22,2 | 2,1 | 1,8 | 100,0 | 279 |
| Urbain | 18,8 | 41,9 | 30,1 | 3,7 | 5,5 | 100,0 | 670 |
| Rural | 22,9 | 33,3 | 33,9 | 5,3 | 4,6 | 100,0 | 1094 |
| Ensemble | 21,3 | 36,6 | 32,4 | 4,8 | 4,9 | 100,0 | 1764 |
| **Prévalence contraceptive future** | | | | | | | |
| Atacora | 79,2 | 8,9 | 3,0 | 5,4 | 3,5 | 100,0 | 706 |
| Atlantique | 46,5 | 21,5 | 26,7 | 2,0 | 3,2 | 100,0 | 740 |
| Borgou | 79,8 | 15,9 | 1,9 | 0,2 | 2,1 | 100,0 | 853 |
| Mono | 67,1 | 12,2 | 17,3 | 2,0 | 1,5 | 100,0 | 606 |
| Ouémé | 59,9 | 10,7 | 27,0 | 1,6 | 0,9 | 100,0 | 638 |
| Zou | 66,8 | 22,1 | 9,5 | 0,9 | 0,8 | 100,0 | 656 |
| Urbain | 62,7 | 19,3 | 13,8 | 1,7 | 2,5 | 100,0 | 1459 |
| Rural | 69,2 | 13,3 | 13,5 | 2,2 | 1,8 | 100,0 | 2739 |
| Ensemble | 69,9 | 15,4 | 13,6 | 2,0 | 2,0 | 100,0 | 4198 |

Ceci étant dit, l'analyse de la contribution de chaque catégorie de méthode aux besoins satisfaits montre que la principale méthode utilisée pour atteindre cet objectif varie selon les régions. Dans l'Atacora, les besoins en PF ont été davantage satisfaits à l'aide des méthodes dites populaires (50 %), alors que dans le département du Borgou, ce sont les méthodes modernes qui ont été le plus fréquemment utilisées (56 %); dans le reste du pays (78 % pour l'Atlantique, 89 % pour le Mono, 84 % pour l'Ouémé et 62 % pour le Zou), les femmes ont eu recours aux méthodes traditionnelles.

En milieu rural, comme en milieu urbain, on constate, à l'enquête, une utilisation plus fréquente des méthodes traditionnelles pour couvrir les besoins en PF. On note cependant une plus forte propension à satisfaire les besoins actuels en PF avec des méthodes modernes dans les villes (31 %) que dans les campagnes (14 %).

Au niveau national, la dominance des méthodes traditionnelles constatée à l'enquête disparaît lorsqu'on élargit la population étudiée à l'ensemble des femmes en union ayant un besoin en PF. Le même phénomène s'observe avec plus d'acuité dans le Zou où 52 % des femmes en union couvriront leurs besoins à l'aide des méthodes contraceptives modernes contre 22 % de femmes optant pour le recours aux méthodes traditionnelles. Dans les autres départements, la contraception traditionnelle restera dominante pour satisfaire les besoins mais avec une moindre ampleur.

Si en milieu urbain, comme en milieu rural, les besoins couverts à l'enquête le sont surtout par la contraception traditionnelle, il n'en sera pas de même dans le futur. En ville, les choix contraceptifs porteront davantage sur la contraception moderne (42 % contre 30 % pour les méthodes traditionnelles). En milieu rural, les femmes seront aussi nombreuses à vouloir satisfaire leurs besoins à l'aide des méthodes modernes (33 %) ou des méthodes traditionnelles (34 %).

Si les femmes ayant un besoin en PF reçoivent les services requis pour limiter ou espacer les naissances et si elles maintiennent leurs habitudes ou intentions déclarées à l'enquête, la prévalence contraceptive moderne sera au Bénin de 15,4 % contre 13,6 % pour la contraception traditionnelle classique (continence périodique et retrait) et 2 % pour la contraception traditionnelle dite populaire (cordes, bagues, amulettes).

Lorsqu'on s'intéresse à l'écart entre la prévalence future de la contraception moderne au niveau des régions, trois groupes de départements peuvent être clairement constitués par rapport à la moyenne nationale : deux départements à prévalence contraceptive moderne supérieure à la moyenne nationale, le Zou (22,1 %) et l'Atlantique (21,5 %); un département à prévalence contraceptive moderne très proche de la moyenne nationale, le Borgou (15,9 %); trois départements à prévalence contraceptive moderne en dessous du seuil national, le Mono (12,2 %), l'Ouémé (10,7 %) et l'Atacora (8,9 %).

L'évolution probable de la prévalence contraceptive est fournie par le tableau 3.9 rapprochant la prévalence contraceptive actuelle et future. Sous les conditions énoncées plus haut, la prévalence contraceptive moderne connaîtra une hausse générale et se situera au niveau national autour de 15,4 % contre 3,4 % à l'enquête. Toutefois, il existe des disparités régionales dans la progression annoncée des taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Les rapports entre les taux d'utilisation actuelle et à venir de la contraception moderne varient de 2,6 dans l'Ouémé à 6,8 dans le Mono. En milieu rural, la prévalence contraceptive moderne pourrait être multipliée par 6,3 contre 3,3 en villes (tableau 3.9).

Tableau 3.9 Prévalence contraceptive actuelle et à venir par milieu et région résidence (Femmes en union de 15-49 ans)

| | Type de méthode contraceptive | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aucune | Moderne | Traditionnelle classique | Traditionnelle populaire | NSP | Total | Effectif |
| **Prévalence contraceptive actuelle** | | | | | | | |
| Atacora | 94,1 | 2,7 | 1,8 | 4,4 | -- | 100,0 | 706 |
| Atlantique | 72,7 | 5,0 | 21,4 | 0,9 | -- | 100,0 | 740 |
| Borgou | 95,4 | 2,5 | 1,8 | 0,2 | -- | 100,0 | 853 |
| Mono | 83,0 | 1,8 | 15,2 | 0,0 | -- | 100,0 | 606 |
| Ouémé | 69,2 | 4,1 | 25,7 | 0,9 | -- | 100,0 | 638 |
| Zou | 87,0 | 4,4 | 8,1 | 0,5 | -- | 100,0 | 656 |
| Urbain | 81,0 | 5,8 | 12,3 | 0,9 | -- | 100,0 | 1459 |
| Rural | 85,0 | 2,1 | 11,5 | 1,3 | -- | 100,0 | 2739 |
| Ensemble | 83,6 | 3,4 | 11,8 | 1,2 | -- | 100,0 | 4198 |
| **Prévalence contraceptive future** | | | | | | | |
| Atacora | 79,2 | 8,9 | 3,0 | 5,4 | 3,5 | 100,0 | 706 |
| Atlantique | 46,5 | 21,5 | 26,7 | 2,0 | 3,2 | 100,0 | 740 |
| Borgou | 79,8 | 15,9 | 1,9 | 0,2 | 2,1 | 100,0 | 853 |
| Mono | 67,1 | 12,2 | 17,3 | 2,0 | 1,5 | 100,0 | 606 |
| Ouémé | 59,9 | 10,7 | 27,0 | 1,6 | 0,9 | 100,0 | 638 |
| Zou | 66,8 | 22,1 | 9,5 | 0,9 | 0,8 | 100,0 | 656 |
| Urbain | 62,7 | 19,3 | 13,8 | 1,7 | 2,5 | 100,0 | 1459 |
| Rural | 69,2 | 13,3 | 13,5 | 2,2 | 1,8 | 1000 | 2739 |
| Ensemble | 69,9 | 15,4 | 13,6 | 2,0 | 2,0 | 100,0 | 4198 |

## 3.7 Impact de la satisfaction des besoins sur la fécondité

Suite aux résultats présentés sur la fréquence de l'avortement, il s'agit ici de quantifier l'impact qu'aura la satisfaction des besoins (évolution probable de la pratique contraceptive saine et efficace) sur le niveau de fécondité. Grâce à un artifice de projection que nous expliciterons dans la présentation de la méthodologie, on pourra alors mettre en évidence l'évolution probable des différences régionales de fécondité au Bénin. Le modèle élaboré par Bongaarts et Potter (1983) pour quantifier les effets de six déterminants proches sur le niveau de fécondité est celui qui convient le mieux pour ce genre de projection. Il a l'avantage de nous permettre d'examiner autant que se peut les incidences futures de divers scénarii de reconversion des pratiques et intentions en matière de contraception.

### 3.7.1 Présentation de la méthodologie

La diversité observée jusqu'à présent dans les pratiques contraceptives et les intentions exprimées dans ce domaine indique que les effets positifs des politiques et programmes de diffusion de la contraception moderne, de promotion de l'allaitement maternel et de la continence post-partum peuvent conduire à plusieurs schémas de révolution contraceptive et donc plusieurs schémas de transition de la fécondité selon l'horizon (court, moyen, long ou très long terme) retenu.

Comme signalé plus haut, cette section analyse les effets sur la fécondité de trois scénarios de satisfaction des besoins en planification familiale par l'utilisation plus large des méthodes modernes saines et efficaces avec pour postulat la stabilité de l'effet inhibiteur des déterminants proches autres que la contraception et l'avortement. Par analogie au modèle de Bongaarts et de Potter (1983), le modèle d'analyse des effets de l'évolution des pratiques de régulation des naissances sur le niveau futur de fécondité peut être résumé comme suit :

ISFa = FC x Cm x Ci x Ip x C'c(m,s) x C'c(t,s) x C'a,s

avec s = scénario de diffusion de la contraception moderne.

Ce modèle relie la fécondité cumulée attendue (ISFa) à la fécondité potentielle (FC), diminué d'une série d'indices à valeurs comprises entre 0 et 1 dont chacun reflète l'effet réducteur futur d'un déterminant immédiat. Par rapport à notre postulat, les déterminants immédiats ou les indices inhibiteurs qui varieront selon le scénario de diffusion de la contraception moderne saine et efficace sont : l'indice de contraception moderne (C'c(m,s), l'indice de contraception traditionnelle (C'c(t,s) et l'indice d'avortement C'a,s. La fécondité potentielle (FC) et les autres indices (Cm, Ci et Ip) sont supposés constants et égaux aux valeurs consignées dans le tableau 2.2. Ainsi, le modèle d'évaluation des futurs niveaux de fécondité peut être ramené sous la forme :

ISFa = A x C'c(m,s) x C'c(t,s) x C'a,s

avec A une constante à calculer à partir du tableau 2.2 et égale à la fécondité potentielle (FC) multipliée par Cm, Ci et Ip.

Les trois scénario de diffusion de la contraception moderne saine et efficace dont les effets seront analysés sont les suivants :

**Scénario 1** : *Les désirs de changement dans le comportement contraceptif des femmes sont concrétisés par la mise à disposition des services et méthodes contraceptives demandées à l'enquête (tableau 3.9), mais rien n'est fait pour la réduction des avortements.*

**Scénario 2** : *Les désirs de changement dans le comportement contraceptif des femmes sont concrétisés par la mise à disposition des services et méthodes contraceptives demandées à l'enquête (tableau 3.9), et les femmes pratiquant l'avortement sont reconverties à la contraception moderne saine et efficace.*

**Scénario 3** : *Les désirs de changement des comportements contraceptifs exprimés à l'enquête (tableau 3.9), et le recours à l'avortement sont tous reconvertis en pratique de la contraception moderne saine et efficace.*

### 3.7.2 Présentation et analyse des principaux résultats

Les principaux résultats du modèle de simulation des effets des trois schémas de satisfaction des besoins en PF sur la fécondité observée à la première enquête démographique et de santé de 1996 sont présentés dans le tableau 3.10. Les autres résultats notamment ceux relatifs aux effets sur la fécondité potentielle, à la prévalence contraceptive et à l'efficacité contraceptive requises sont consignés dans les annexes 1 et 2.

D'après le tableau 3.9, la demande clairement exprimée des services de planification familiale est de 31 % (15,4 % pour la contraception moderne et 15,6 % pour la contraception traditionnelle). Ce chiffre s'élève à 41,7 % lorsqu'on considère le recours à l'avortement (10,7 %) comme un besoin effectif de la planification familiale.

Le tableau 3.10 presente les estimations de la fecondite selon les trois scenarios de satisfacdtion des besoins en PF.

Tableau 3.10 Impacts sur la fécondité observée à l'EDSB-I (1996) de la satisfaction des besoins en PF selon le scénario et la région

| | | Scénario 1 | | | Scénario 2 | | | Scénario 3 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Département | ISF observé à l'EDSB-I | ISF attendu | Baisse absolue | Baisse relative (%) | ISF attendu | Baisse absolue | Baisse relative (%) | ISF attendu | Baisse absolue | Baisse relative (%) |
| Atacora | 7,01 | 6,50 | 0,51 | 7,3 | 6,50 | 0,51 | 7,3 | 6,17 | 0,84 | 1,2 |
| Atlantique | 5,15 | 4,49 | 0,66 | 12,8 | 4,49 | 0,66 | 12,8 | 2,67 | 2,48 | 48,1 |
| Borgou | 7,35 | 6,72 | 0,63 | 8,6 | 6,72 | 0,63 | 8,6 | 6,68 | 0,67 | 9,2 |
| Mono | 6,35 | 5,94 | 0,41 | 6,5 | 5,94 | 0,41 | 6,5 | 4,87 | 1,48 | 23,4 |
| Ouémé | 5,99 | 5,68 | 0,31 | 5,2 | 5,68 | 0,31 | 5,2 | 4,54 | 1,45 | 24,2 |
| Zou | 6,50 | 5,67 | 0,83 | 12,7 | 5,67 | 0,83 | 12,7 | 5,15 | 1,35 | 20,7 |
| Ensemble | 6,32 | 5,77 | 0,55 | 8,7 | 5,77 | 0,55 | 8,7 | 5,11 | 1,21 | 19,1 |

Si la demande clairement exprimée des services de PF est totalement satisfait, le niveau de fécondité du Bénin passera de 6,3 naissances par femme observé à l'enquête EDSB-I de 1996 à 5,8 (scénario 1 du tableau 3.10). Il y a lieu de rappeler ici que les femmes en union qui avaient, par le passé, utilisé une méthode traditionnelle et celles qui n'ont jamais utilisé une méthode quelconque optent en majorité (61 à 77 %) pour une méthode moderne en cas d'utilisation future de la PF. L'analyse du tableau 3.11, révèle que cette tendance conduirait, à terme, à une baisse plus importante de la fécondité que celle observée à la première Enquête Démographique et de Santé de 1996 (scénario 3). Les deux autres scénarios conduisent à des baisses identiques de fécondité à la différence que le scénario 2 améliore la santé reproductive de la femme par suite d'une diminution très sensible, voire une élimination, des pratiques abortives. La demande en services de planification familiale moderne du scénario 3 est d'environ 42 %, chiffre qui est proche du taux de prévalence contraceptive à l'horizon 2016 (40 %), fixé dans la déclaration de politique nationale de population du Bénin.

La baisse de la fécondité associée à la satisfaction des besoins en planification familiale ne touche pas tous les départements de la même façon. Les départements septentrionaux (Atacora et Borgou) connaîtront des baisses relativement faibles de la fécondité. L'Atlantique, département le plus peuplé, le plus urbanisé et le plus riche du pays vient en tête avec les plus importantes baisses de fécondité. Ces constats restent valables indépendamment du scénario considéré.

Lorsqu'on examine plus spécifiquement le scénario 3, on retrouve plus de différences que de similitudes entre les régions. Avec ce scénario, le niveau de fécondité dans l'Atlantique passerait de 5,15 naissances vivantes par femme à 2,67, soit une réduction de l'ISF observé à l'EDSB-I de 48 %. L'Atlantique, dans ces conditions, serait alors proche du seuil de remplacement des générations.

Trois groupes de départements sont clairement constitués à partir des résultats du scénario 3 sur la fécondité observée en 1996 : un département où la transition de la fécondité serait achevé ou presque, l'Atlantique; trois départements (Mono, Ouémé, Zou) où le niveau de fécondité bien qu'ayant baissé de manière notable (20 à 24 %) serait encore proche de celui de l'Atlantique à la première enquête démographique et de santé de 1996; et deux départements (Atacora, Borgou) où les changements de fécondité seraient marginaux. Dans ce dernier groupe, la baisse de fécondité serait au minimum 9,2 % dans le Borgou et au maximum 12 % dans l'Atacora.

Les importants écarts observés entre les baisses probables de fécondité par région puissent leurs racines dans l'importance des besoins en planification familiale, dans l'efficacité des méthodes contraceptives demandées ou suscitées par les programmes de santé reproductive ou non, et dans l'importance des avortements.

Pour clore ce chapitre, il y a lieu de souligner que l'effectivité des changements illustrés par le tableau 3.10 dépend de la dynamique des perceptions des familles béninoises quant au nombre d'enfants (demande familiale d'enfants) et au recours des femmes notamment en union à la contraception moderne comme un des principaux modes de gestion saine et efficace de la régulation des naissances. Une bonne réceptivité de la contraception moderne par le voisinage familial devrait permettre aux femmes qui en éprouvent le besoin de prendre plus rapidement la décision de l'utiliser. Il importe donc que les analyses faites jusqu'à présent soient complétées par un examen approfondi de la réceptivité du voisinage familial des femmes à la contraception moderne.

# CHAPITRE 4
# CONTEXTES SOCIO-CULTURELS ET RÉCEPTIVITÉ DU VOISINAGE FAMILIAL A LA CONTRACEPTION MODERNE

Jusqu'à présent nous avons analysé les comportements contraceptifs des femmes sans mettre l'accent sur le fait qu'ils constituent des réponses aux systèmes d'idées et de normes qui valorisent la fécondité et dont elles sont censées subir l'influence. Cependant, plusieurs travaux mettent en relation les comportements procréateurs et le cadre socio-culturel dans lequel ils se déroulent. Selon ces travaux, les comportements de contraception et de fécondité s'inscrivent dans une structure culturelle qui comportent deux éléments principaux : les conduites collectives et le contenu mental (valeurs du modèle culturel que valorise et actualise l'individu).

En Afrique, la famille est la plus petite entité au sein de laquelle se développent les communautés de langue, de culture et de vie sociale. C'est également le lieu où s'exercent les contrôles sur les comportements que chaque communauté considère comme idéal pour elle. Les influences de la structure de parenté sur les individus apparentés s'énoncent en termes de devoirs, privilèges et interdits sociaux dont le respect permet de jouir du fait d'être apparenté à un groupe. Il est donc impossible de décrire correctement le phénomène "besoin en PF élevé et faible prévalence contraceptive féminine", sans connaître la dynamique des coutumes et croyances qui informent la sensibilité des femmes en donnant sens aux questions relatives à la planification familiale moderne. Dans ce chapitre nous aborderons la représentation de la procréation ainsi que l'attitude du voisinage familial face au principe de contrôle des naissances, afin de vérifier s'il existe une réceptivité à l'usage des méthodes contraceptives modernes.

À cette fin, trois parties composent ce dernier chapitre. Quelques généralités sur les effets de la structure de parenté sur la fécondité permettent d'illustrer les modes de contrôle éventuel de la pratique contraceptive des uns et des autres par la famille. Ensuite, à l'aide des données de l'Enquête Approfondie sur la Nuptialité et la Fécondité des hommes au Sud-Bénin (EFMB, 1989), enquêté réalisée en 1989, nous présentons les aspirations des parents quant à la pratique contraceptive des jeunes. À l'aide de méthodes bivariées, nous examinons enfin quelques opinions des hommes non-célibataires à l'égard de la planification familiale chez la femme.

## 4.1 Généralités sur les effets de la structure de parenté sur la fécondité

En Afrique Subsaharienne, la procréation est un élément important de la visibilité sociale. Elle est traditionnellement perçue comme une porte d'entrée dans la mémoire sociale. Plusieurs métaphores et rites recensés au Ghana (chez les Ashanti) par GAISIE S.K. (1979), au Bénin (chez les Fons d'Abomey et les Mahi de Savalou) par DONADJE F. (1992) et au Cameroun (chez les Bëti et les Bamiléké) par YANA S.D. (1995) résument le fondement philosophique de cet idéal. Mais, nous n'y retiendrons que deux cas de rites hautement chargés de symboles (stérilité, esprit malfaisant, souhait de fécondité lors de la réincarnation) pour illustrer notre propos. Le premier pratiqué par les Fon d'Abomey (Bénin) est le rite "assin" (symbole représentant un ancêtre disparu à l'autel des morts) qui n'est accordé qu'à ceux qui ont, au moins, donné jour à un enfant. Le second, pratiqué avec quelques variantes lors de l'inhumation, consiste a enfoncé de grandes épines dans la plante des pieds (cas des Ashanti au Ghana) ou à faire porter une pierre (cas des Mahi au Bénin) à l'adulte défunt qui n'a pas eu d'enfant.

Toujours au Bénin, il est de tradition de rappeler à l'individu que la richesse en enfants est préférable à la richesse en argent. La famille nombreuse est considérée, en premier lieu, comme un signe de la faveur divine. Pour un individu, refuser de procréer ou limiter le nombre de ses enfants s'interprètent traditionnellement comme une opposition à la survie et à l'élargissement de la famille. Son comportement en la matière doit refléter la "ligne d'action" de son groupe de référence transmise par les aînés notamment les tantes et les oncles. Ils assurent la mission d'information et de formation sur ce qui se fait et ce que le jeune individu doit faire. Par ces formations, les vieilles générations influencent les décisions des jeunes, notamment celles en rapport avec le nombre et le moment où ils auront leurs enfants. Il est donc difficile pour l'individu de résister longtemps aux "assauts" de ceux qui sont chargés ou qui se chargent de veiller au respect des principes de la famille.

Les obligations de respect de l'idéal de la famille varient selon le sexe. En de nombreux cas, dans la famille africaine, le rôle et le statut respectifs de la femme et de l'homme sont bien déterminés. Alors que la femme doit contribuer à l'équilibre social en se soumettant aux valeurs socio-culturelles en vigueur dans la société, l'homme se constitue le garant de la conservation et de la sauvegarde des valeurs traditionnelles. Il contribue par ses descendants à l'élargissement de son cercle familial et est sollicité, à cette fin, par les institutions politico-religieuses de la famille (les conseils de famille et toutes les structures mythiques de référence et de consultation). Ainsi, en Afrique, procréer est un devoir filial important.

Pour répondre à l'idéal familial de fécondité, l'homme est amené à exercer une pression sur son épouse qui sait par ailleurs qu'elle ne peut s'accomplir vraiment qu'en jouant pleinement son rôle de mère. Alors seulement la stabilité de l'union est assurée et le respect des autres lui vient avec la maternité. Une descendance nombreuse constitue pour la femme africaine un moyen de consolider sa position à l'intérieur du lignage de son mari et dans le cas des unions polygames, à l'intérieur même du groupe des co-épouses (Nations Unies, 1992). Amour, considération, prestige de la femme croîtront avec le nombre d'enfants (P. Erny, 1990). Dès lors, on peut considérer avec DONADJE F. (1987, 1992) que la famille (restreinte aux membres apparentés qui peuvent s'influencer mutuellement) est une référence pour les individus dans la vie courante, en particulier pour ce qui concerne les prises de décisions individuelles (hommes et femmes) en matière de procréation. Cela se traduit, soit par un mimétisme, soit par un conformisme en raison de la crainte des répressions mythiques liées aux tabous en matière de procréation (Mondjannagni, 1977; Houngbedji, 1977; Dozon, 1986 cités par Donadjè, 1992). Il apparaît donc nécessaire d'analyser la réceptivité de l'entourage familial des jeunes et des femmes en union à la contraception moderne pour une meilleure compréhension, d'une part, du phénomène "besoin féminin en PF élevé et faible prévalence contraceptive moderne", et de l'autre, les niveaux et tendances de la reproduction dans la société.

## 4.2 Opinions et attitudes du voisinage familial à l'égard de la PF chez les jeunes

### 4.2.1 Réceptivité des pères au principe de la limitation des naissances

La question de la limitation des naissances met en compétition, d'une part, le respect des normes traditionnelles et religieuses, et l'autre, l'adaptation à la conjoncture économique (KOUTON E.F., 1996). Comme l'illustre le tableau 4.1, le principe du choix d'un nombre d'enfants à ne pas dépasser est plus admis dans le voisinage familial des jeunes hommes que dans celui des jeunes femmes (35,2 % contre 22,2 %).

En ville, l'éventualité d'une limitation des naissances par les jeunes est acceptée sans une forte discrimination entre les sexes. Par contre en milieu rural, où la vie de la femme représente mieux jusqu'à nos jours les réalités africaines, le voisinage familial est moins favorable à la fixation a priori d'un nombre maximal d'enfants pour les jeunes femmes : alors que seulement 16 % des filles en vie de 20-39 proviennent d'un milieu où la réduction de la descendance finale est permise, cette proportion atteint 32,5 % pour les fils en vie du même groupe d'âges.

Tableau 4.1 Distribution (en %) des fils en vie de 20-39 ans selon la perception par les pères de la nécessité de réduire la fécondité (Sud-Bénin, EFMB, 1989)

| Coordonnées des pères | Perception des pères quant à la descendance finale de leurs fils: Fils doit limiter le nombre d'enfants | Fils ne doit pas limiter le nombre d'enfants | Sans opinion | Total | Effectif des fils en vie |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 39,5 | 15,6 | 45,0 | 100,0 | 347 |
| Sud-Rural | 32,5 | 255 | 42,1 | 100,0 | 542 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 28,7 | 25,9 | 45,4 | 100,0 | 467 |
| Primaire | 40,4 | 15,5 | 44,1 | 100,0 | 297 |
| Secondaire et plus | 47,2 | 20,0 | 32,8 | 100,0 | 125 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 45,4 | 16,8 | 37,8 | 100,0 | 185 |
| Ce que Dieu donne | 30,2 | 24,5 | 45,3 | 100,0 | 600 |
| Autres | 46,2 | 13,5 | 40,4 | 100,0 | 104 |
| Ensemble | 35,2 | 21,6 | 43,2 | 100,0 | 889 |

Le type de projet de fécondité des parents présente deux situations assez contrastées en matière de différences de pratique contraceptive selon la génération familiale et le sexe, notamment dans un contexte où la structure de parenté repose sur la recherche d'une similitude de comportement des membres d'un même groupe.

Tableau 4.2 Distribution (en %) des filles en vie de 20-39 ans selon la perception par les pères de la nécessité de réduire la fécondité (Sud-Bénin, EFMB, 1989)

| Coordonnées des pères | Perception des pères quant à la descendance finale de leurs filles: Fille doit limiter le nombre d'enfants | Fille ne doit pas limiter le nombre d'enfants | Sans opinion | Total | Effectif des filles en vie |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 31,1 | 13,8 | 55,0 | 100,0 | 347 |
| Sud-Rural | 15,8 | 29,0 | 55,3 | 100,0 | 476 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 12,9 | 28,4 | 58,6 | 100,0 | 394 |
| Primaire | 28,3 | 15,6 | 56,2 | 100,0 | 315 |
| Secondaire et plus | 37,7 | 22,0 | 40,3 | 100,0 | 114 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 34,6 | 15,7 | 49,7 | 100,0 | 191 |
| Ce que Dieu donne | 17,3 | 25,9 | 56,8 | 100,0 | 567 |
| Autres | 29,2 | 13,8 | 56,9 | 100,0 | 65 |
| Ensemble | 22,2 | 22,6 | 55,2 | 100,0 | 823 |

Si plus des deux tiers des jeunes gens proviennent de milieux où le contrôle de la procréation est vécu comme relevant du domaine de la transcendance, de Dieu ou des ancêtres, une certaine latitude leur est accordée en matière de limitation des naissances (tableaux 4.1 et 4.2). Il faut également souligner le fait qu'une proportion importante de jeunes (38 à 45 % chez les hommes, 40 à 59 % chez les femmes) sont issues de familles indécises ou sans opinion sur le contrôle des naissances par les enfants en âge de procréer. Aussi nombreuses en ville qu'en campagne, l'importance de ces familles est moindre dans le groupe des pères de niveau au moins secondaire ou ayant un projet numérique de fécondité.

S'agissant des autres caractéristiques socio-démographiques pris en compte dans les tableaux 4.1 et 4.2, on note d'abord une association positive entre le niveau d'instruction du père et l'adhésion à la fixation a priori d'un nombre maximal de naissances. Malgré son effet fort inhibiteur sur le rejet de toute limitation des naissances, le niveau d'instruction du père ne montre pas nettement une influence négative sur les inégalités sexuelles au désavantage des femmes en matière de contraception. En effet, bien que le niveau d'adhésion à la limitation des naissances des pères instruits soit 1,4 à 3 fois plus important que celui des pères non instruits, les rapports entre niveaux d'adhésion masculin et féminin montrent généralement qu'il existe de part et d'autre une sur-adhésion masculine avec cependant une accentuation du phénomène chez les parents sans instruction.

### 4.2.2 Réceptivité des pères à la contraception féminine moderne

Comme on l'a déjà constaté dans l'analyse de la réceptivité des pères à la limitation des naissances, la majorité des jeunes proviennent de milieux où le contrôle de la procréation est vécu comme relevant du domaine de la transcendance, de Dieu ou des ancêtres. Aussi, les pères de la plupart des jeunes désapprouvent l'usage des méthodes contraceptives modernes par leurs femmes mères ou non des jeunes (tableaux 4.3 ET 4.4). À l'inverse, nombreux sont les jeunes qui viennent de pères qui pensent qu'une femme qui vit avec son mari peut recourir à la contraception moderne dans plusieurs situations :

- quand elle ne voudra plus d'enfants,
- pour éviter les grossesses non désirées,
- quand elle allaite,
- au moment où elle ne veut pas tomber enceinte,
- et pour assurer la santé du nouveau-né.

Selon les caractéristiques socio-démographiques des pères, on constate des disparités dans les proportions de femmes de 20-39 ans issues de familles reconnaissant le bien fondé de la contraception moderne. Ainsi, pour cette catégorie de femmes, c'est en milieu urbain que l'entourage familial est beaucoup plus favorable à l'usage des méthodes modernes (60,2 % contre 41,2 %).

Comme on devait aussi s'y attendre, la reconnaissance de la nécessité pour une femme en union de recourir à une méthode moderne pour éviter de tomber enceinteà un moment non voulu augmente avec le niveau d'instruction des pères : de 37,6 % chez les pères non instruits, la proportion des femmes de 20-39 ans originaires de familles "acceptantes" du recours à la contraception moderne pour éviter de tomber enceinte atteint 56,5 % chez les pères de niveau primaire et environ 70 % chez ceux de niveau secondaire et plus. Ainsi, si les parents sont moins enclins à la fixation d'un nombre maximal d'enfants chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (tableaux 4.1 et 4.2); ils sont par contre plus ouverts au recours de la jeune femme à la contraception moderne pour assurer la santé du nouveau-né ou pour éviter les grossesses non désirées. Ils le sont également pour deux autres motifs : "quand elle allaite" ou "quand elle ne voudra plus d'enfants". Pour comprendre l'ouverture nuancée ou mitigée de ces parents rappelons que la plupart des pratiques traditionnelles dont l'allaitement et l'abstinence sexuelle sont peu perçues comme des techniques de limitation des naissances.

Tableau 4.3 Distribution (en %) des fils en vie de 20-39 ans selon la perception des pères quant à l'usage de la contraception moderne par la femme en union (Sud-Bénin, EFMB, 1989)

| Coordonnées des pères | Perception du père quant à l'usage de la contraception moderne par son épouse: Approuve ou approuvera | Désapprouve ou désapprouvera | Sans opinion | Total | Effectif des fils en vie |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 19, 3 | 57,9 | 22,8 | 100,0 | 347 |
| Sud-Rural | 11, 6 | 62,2 | 26,2 | 100,0 | 542 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 6, 2 | 60,8 | 33,0 | 100,0 | 467 |
| Primaire | 20, 5 | 60,6 | 18,9 | 100,0 | 297 |
| Secondaire et plus | 3, 2 | 59,2 | 8,8 | 100,0 | 125 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 26, 5 | 54,1 | 19,5 | 100,0 | 185 |
| Ce que Dieu donne | 11, 7 | 63,3 | 25,0 | 100,0 | 600 |
| Autres | 10, 6 | 55,8 | 33,7 | 100,0 | 104 |
| Ensemble | 14, 6 | 60,5 | 24,9 | 100,0 | 889 |

| | Occasions où la femme qui vit avec son mari peut utiliser une méthode contraceptive moderne: Eviter de tomber enceinte | Une femme ne doit pas utiliser | Autres | Sans objet | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 49,9 | 27,4 | 30,0 | 22,5 | 100 |
| Sud-Rural | 37,3 | 36,3 | 2,8 | 23,6 | 100 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 28,9 | 36,8 | 2,4 | 31,9 | 100 |
| Primaire | 54,2 | 26,9 | 1,7 | 17,2 | 100 |
| Secondaire et plus | 63,2 | 32,0 | - | 4,0 | 100 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 54,6 | 20,5 | 2,7 | 22,2 | 100 |
| Ce que Dieu donne | 39,8 | 34,7 | 1,7 | 23,8 | 100 |
| Autres | 33,7 | 44,2 | 1,0 | 21,2 | 100 |
| Ensemble | 42,2 | 32,8 | 1,8 | 23,2 | 100 |

Selon les tableaux 4.3 et 4.4, les jeunes femmes sont relativement plus nombreuses que les jeunes hommes à naître dans un environnement familial favorable à l'usage d'une méthode contraceptive moderne lorsque la fille en âge de procréer veut éviter de tomber enceinte.

Tableau 4.4 Distribution (en %) des filles en vie de 20-39 ans selon la perception des pères quant à l'usage de la contraception moderne par la femme en union (Sud-Bénin, EFMB, 1989)

| Coordonnées des pères | Perception du père quant à l'usage de la contraception moderne par son épouse: Approuve ou approuvera | Désapprouve ou désapprouvera | Sans opinion | Total | Effectif des filles en vie |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 20,7 | 51,3 | 28,0 | 100,0 | 347 |
| Sud-Rural | 13,7 | 63,0 | 23,3 | 100,0 | 476 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 7,1 | 62,4 | 30,5 | 100,0 | 394 |
| Primaire | 21 | 57,5 | 21,6 | 100,0 | 315 |
| Secondaire et plus | 37,7 | 44,8 | 17,5 | 100,0 | 114 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 30,4 | 49,2 | 20,4 | 100,0 | 191 |
| Ce que Dieu donne | 11,8 | 62,1 | 26,1 | 100,0 | 567 |
| Autres | 18,5 | 49,2 | 32,3 | 100,0 | 65 |
| Ensemble | 16,6 | 58,1 | 25,3 | 100,0 | 823 |

| | Occasions où la femme qui vit avec son mari peut utiliser une méthode contraceptive moderne: Eviter de tomber enceinte | Une femme ne doit pas utiliser | Autres | Sans objet | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 60,2 | 16,4 | - | 23,3 | 100,0 |
| Sud-Rural | 41,2 | 35,5 | 2,1 | 21,2 | 100,0 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 37,6 | 31,5 | 1,3 | 29,7 | 100,0 |
| Primaire | 56,5 | 24,1 | 1,6 | 17,8 | 100,0 |
| Secondaire et plus | 69,3 | 22,8 | - | 7,9 | 100,0 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 62,8 | 19,4 | 1,6 | 16,2 | 100,0 |
| Ce que Dieu donne | 45,3 | 30,3 | 1,2 | 23,1 | 100,0 |
| Autres | 43,1 | 26,2 | - | 30,8 | 100,0 |
| Ensemble | 49,2 | 27,5 | 1,2 | 22,1 | 100,0 |

## 4.3 Opinions et attitudes des hommes non-célibataires à l'égard de la PF chez la femme

Comme nous l'avons vu dans les analyses précédentes, notamment dans le chapitre 2, la contraception moderne est une question connue par les hommes béninois, mais c'est par rapport à l'utilisation par les femmes que l'analyse a de l'intérêt pour notre étude. En moyenne neuf hommes sur dix en union connaissent au moins une méthode moderne. Par contre, il n'y aurait pas plus de 10 % des hommes en union qui utilisent une méthode contraceptive moderne et c'est à peine si 4 % des épouses actuelles recourent à la contraception moderne.

Deux aspects de cette question seront discutés dans cette section : les hommes sont-ils favorables à l'utilisation des techniques modernes de contraception par leurs épouses; les motifs d'utilisation de la contraception moderne par une femme qui vit avec son mari. Pour des besoins de comparaison, deux groupes d'âges ont été retenus : les hommes âgés de 20-39 ans et ceux âgés de 50 ans et plus.

Près d'un homme non-célibataire sur quatre (27,4 %) approuve ou approuverait l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne par son épouse. C'est un niveau relativement faible d'acceptation. Le caractère traditionnel de ce constat est confirmé par le fait que c'est notamment les hommes, soit âgés (50 ans et plus), soit résidents du milieu rural, soit sans instruction secondaire ou plus, soit sans projet numérique de fécondité qui sont peu favorables à l'utilisation de la contraception moderne par leurs épouses (tableaux 4.5 et 4.6).

En effet, lorsqu'on considère le groupe des hommes non-célibataires de 20-39 ans et celui des hommes non-célibataires de 50 ans et plus, deux groupes qui au demeurant appartiennent à deux générations familiales différentes, on constate que l'utilisation de la contraception moderne par l'épouse est plus accepté chez les jeunes hommes (39 %) que chez les hommes âgés (11 %). La même tendance s'observe lorsqu'on considère le moment propice d'utilisation des méthodes modernes par la femme qui vit avec son mari. Si près deux tiers des jeunes pensent que pour éviter de tomber enceinte, la femme en union peut recourir à une méthode moderne, seulement 42 % des hommes âgés sont de cet avis.

Le milieu de résidence influence fortement l'attitude des hommes face à la contraception féminine moderne et son bien fondé. Si 41 hommes non-célibataires sur 100 à Cotonou approuvent la pratique de la contraception moderne par leurs épouses, seulement 16 sont de cet avis en zone rurale. Tous les hommes non-célibataires âgés (50 ans et plus) qui ne sont pas favorables à la contraception moderne n'y sont pas opposées. Ainsi, 34 % environ des hommes non-célibataires n'ont pas exprimé leur opinion sur la question. Une autre façon d'apprécier cette attitude est par exemple de l'étudier à travers les motifs de la contraception du point de vue des hommes non-célibataires âgés. Pour trois hommes sur dix de cette catégorie (32,4 %), une femme qui vit avec son mari ne doit pas recourir à la contraception moderne. Elle le peut dans quatre cas sur dix, soit pour assurer la santé du nouveau-né, soit pour éviter les grossesses non désirées, soit quand elle allaite, soit quand elle ne voudra plus d'enfants.

Les différences de perceptions observées entre les jeunes et les vieux se retrouvent également dans l'une ou l'autre des catégories sociales définies par le niveau d'instruction des époux, mais sont plus prononcées à l'avantage des jeunes quant à l'approbation de l'usage d'une méthode moderne par l'épouse. Outre son effet fort positif sur la demande potentielle de contraception moderne féminine, le niveau d'instruction des hommes montre nettement une influence négative sur les inégalités intergénérationnelles au désavantage des femmes en matière de contraception moderne. En effet, non seulement l'approbation de l'usage de la contraception moderne par les hommes instruits est 1,3 à 7,3 fois plus important que celui des hommes non instruits, mais les rapports entre les niveaux d'approbation des jeunes et des vieux montrent qu'il existe de part et d'autre une sur-approbation des jeunes est un phénomène qui recul avec le niveau d'instruction.

Tableau 4.5 Distribution (en %) des hommes non-célibataires de 50 ans et plus selon leur perception quant à l'usage de la contraception moderne par la femme en union (Sud-Bénin, EFMB, 1989)

| Coordonnées du mari | Perception du mari quant à l'usage de la contraception moderne par son épouse: Approuve ou approuvera | Désapprouve ou désapprouvera | Sans opinion | Total | Effectif des maris âgés |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 15,4 | 52,6 | 32,0 | 100,0 | 175 |
| Sud-Rural | 8,1 | 56,9 | 35,0 | 100,0 | 346 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 5,1 | 54,6 | 40,3 | 100,0 | 313 |
| Primaire | 13,9 | 58,8 | 27,3 | 100,0 | 165 |
| Secondaire et plus | 37,2 | 48,8 | 14,0 | 100,0 | 43 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 21,6 | 55,0 | 23,4 | 100,0 | 111 |
| Ce que Dieu donne | 7,6 | 57,2 | 35,2 | 100,0 | 355 |
| Autres | 7,3 | 45,5 | 47,3 | 100,0 | 55 |
| Ensemble | 10,6 | 55,5 | 34,0 | 100,0 | 521 |

| | Occasions où la femme qui vit avec son mari peut utiliser une méthode contraceptive moderne: Eviter de tomber grosse | Une femme ne doit pas utiliser | Autres | Sans objet | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 49,7 | 24,6 | 0,6 | 25,1 | 100,0 |
| Sud-Rural | 38,2 | 36,4 | 0,9 | 24,6 | 100,0 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 34,8 | 35,5 | 0,6 | 29,1 | 100,0 |
| Primaire | 48,5 | 29,1 | 1,2 | 21,2 | 100,0 |
| Secondaire et plus | 69,8 | 23,2 | - | 7,0 | 100,0 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 53,2 | 24,3 | 0,9 | 21,6 | 100,0 |
| Ce que Dieu donne | 39,7 | 33,8 | 0,6 | 25,9 | 100,0 |
| Autres | 34,5 | 40,0 | 18,0 | 23,6 | 100,0 |
| Ensemble | 42,0 | 32,4 | 0,8 | 24,8 | 100,0 |

Tableau 4.6 Distribution (en %) des hommes non-célibataires de 20-39 ans selon leur perception quant à l'usage de la contraception moderne par la femme en union (Sud-Bénin, EFMB, 1989)

| | Perception du mari quant à l'usage de la contraception moderne par son épouse | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Coordonnées du mari | Approuve ou approuvera | Désapprouve ou désapprouvera | Sans opinion | Total | Effectif des maris âgés |
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 52,1 | 36,0 | 11,9 | 100,0 | 405 |
| Sud-Rural | 23,9 | 59,6 | 16,6 | 100,0 | 356 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 17,6 | 63,4 | 19,0 | 100,0 | 205 |
| Primaire | 31,3 | 53,8 | 14,9 | 100,0 | 288 |
| Secondaire et plus | 63,4 | 27,2 | 9,3 | 100,0 | 268 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 53,7 | 37,2 | 91,0 | 100,0 | 352 |
| Ce que Dieu donne | 23,8 | 57,1 | 19,1 | 100,0 | 345 |
| Autres | 39,1 | 46,9 | 14,1 | 100,0 | 64 |
| Ensemble | 38,9 | 47,0 | 14,1 | 100,0 | 761 |

| | Occasions où la femme qui vit avec son mari peut utiliser une méthode contraceptive moderne | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Eviter de tomber grosse | Une femme ne doit pas utiliser | Autres | Sans objet | Total |
| **Lieu de résidence** | | | | | |
| Cotonou | 71,9 | 15,6 | 0,5 | 12,1 | 100,0 |
| Sud-Rural | 53,1 | 25,8 | 0,8 | 20,2 | 100,0 |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Sans instruction | 46,3 | 28,3 | 0,5 | 24,9 | 100,0 |
| Primaire | 59,7 | 22,6 | 0,7 | 17,0 | 100,0 |
| Secondaire et plus | 79,5 | 11,9 | 0,7 | 7,8 | 100,0 |
| **Projet de fécondité** | | | | | |
| Numérique | 75,3 | 16,2 | 0,6 | 8,0 | 100,0 |
| Ce que Dieu donne | 50,7 | 25,8 | 0,6 | 22,9 | 100,0 |
| Autres | 62,5 | 14,1 | 1,6 | 21,9 | 100,0 |
| Ensemble | 63,1 | 20,4 | 7,0 | 15,9 | 100,0 |

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le programme des enquêtes EDS est considéré aujourd'hui comme la source la meilleure pour mesurer les besoins non satisfaits en matière de planification. L'intention première de cette étude est de relire les résultats de l'analyse préliminaire des données collectées à la première Enquête Démographique et de Santé sur la demande des services de planification familiale au Bénin, de façon à mieux cerner la nature des besoins en matière de régulation des naissances. Connaître, entre autres, les niveaux futurs de fécondité et de prévalence contraceptive, dans les régions de ce pays traditionnellement marqué par une "culture de la forte fécondité'', était prioritaire. D'autre part, il s'agissait de comprendre les conceptions liées aux occasions de recours des femmes à la contraception moderne, les invariants socio-économiques et culturels à la base du fait que la demande clairement exprimée des services de planification familiale par les femmes va de pair avec une faible prévalence de la contraception moderne, saine et efficace. L'objectif ultime de cette étude est de contribuer au renforcement des actions pour accroître les chances d'atteindre le taux de prévalence contraceptive à l'horizon 2016 (40 %) fixé en mai 1996 par la déclaration de politique nationale de population du Bénin.

Pour cerner le sujet dans sa globalité, l'étude a combiné plusieurs méthodes à savoir l'analyse des tables de contingence, la régression logistique, la comparaison de groupes et la formulation de modèles d'analyse des effets des déterminants proches sur la fécondité actuelle et à venir des béninois. Les principaux résultats obtenus et les recommandations qui leurs sont associées sont consignés dans le tableau suivant :

| PRINCIPAUX RÉSULTATS | RECOMMANDATIONS |
| --- | --- |
| **1.** Les resultats l' enquete indique que les femmes beninoises font plus recours a la contraception traditionnelle qu' a la contraception moderne (13 % contre 3 %). Cependant, le recours a la contraception traditionnelle semble avoir une faible incidence sur la fécondité des femmes béninoises. Dans l'Ouémé, les résultats indiquent une réduction de la fécondité potentielle cumulée de 8,3 % pour une prévalence contraceptive traditionnelle de 26 %. Dans ce département, comme ailleurs dans le pays, la période de temps mort post-partum est le déterminant immédiat qui réduit le plus efficacement la fécondité potentielle. La fécondité observée à la première Enquête Démographique et de Santé de 1996 (EDSB-I) augmenterait au minimum de 2,6 naissances dans l'Atlantique et au maximum de 7,5 naissances dans l'Atacora et le Borgou, s'il n'y avait pas l'allaitement maternel et la continence post-partum. | *Intensifier la promotion de l'allaitement maternel.* |

**2.** Le nombre des avortements qui sont, par définition à haut risque et souvent clandestins, est élevé dans certaines régions du Bénin. Dans l'Atlantique, l'indice d'avortement ramène la fécondité des femmes à 63,5 % de ce qu'elle serait sans l'avortement. Dans ce département la fécondité observée à l'EDSB-I de 1996 augmenterait de trois naissances, s'il n'y avait pas d'avortement. Les disparités régionales permettent de distinguer quatre groupes de départements : un département avec des taux d'avortements très élevés, l'Atlantique; deux départements (Mono, Zou) à taux d'avortements relativement élevés; un département à faibles taux d'avortements, l'Ouémé; et deux départements (Atacora, Borgou) où la propension à avorter est marginale ou nulle.

**3.** Au niveau national, près de 26 % des femmes en union se trouvaient dans le besoin de pratiquer la planification familiale. Si l'on ajoute le besoin non satisfait aux taux de prévalence contraceptive (16,4 %), la demande potentielle pour les services de PF passe à 42,1 %. Mais la demande clairement exprimée des services de PF est de 31 %. Ce chiffre s'élève à 41,7 % lorsqu'on prend en compte la fréquence des avortements (10,7 %).

Si la demande des services de PF est totalement satisfaite, le niveau national de fécondité passera de 6,3 naissances par femme observé en 1996 à 5,8. Le même niveau pourrait être atteint avec une reconversion totale des pratiques abortives en pratiques contraceptives modernes, saines et efficaces. Ce second schéma à l'avantage d'améliorer la santé reproductive des femmes.

*Mettre en place un programme national de lutte contre les pratiques abortives et concevoir des stratégies de reconversion des femmes à l'usage des méthodes modernes.*

*La mise en œuvre de ce programme doit être renforcée par l'établissement d'un système d'observation suivie qui devrait permettre de disposer des données fiables susceptibles de servir de base à une évaluation sérieuse des acquis du programme. Le système d'information et d'analyse à instaurer doit tenir compte du fait que le sujet demeure tabou. Il doit aussi combiner les avantages des méthodes qualitatives et quantitatives pour mieux comprendre et caractériser les pratiques abortives et ainsi recommander des interventions qui puissent améliorer la santé reproductive des populations.*

*Evaluer et réorienter si nécessaire les activités des programmes de promotion de la fécondité responsable au Bénin*

**4.** Les femmes en union qui avaient, par le passé utilisé une méthode traditionnelle et celle qui n'ont jamais utilisé une méthode quelconque optent en majorité (61 % dans le premier groupe et 77 % dans le second groupe) pour une méthode moderne en cas d'utilisation future de la PF. Avec cette tendance la demande des services de planification familiale moderne à satisfaire à terme serait de 42 % chiffre proche du taux de prévalence contraceptive à l'horizon 2016 (40 %) fixé par la déclaration de politique nationale de population du Bénin. Avec ce troisième schéma de progression annoncée de la prévalence contraceptive moderne, trois groupes de départements sont clairement constitués : un département où la transition de la fécondité serait achevé ou presque, l'Atlantique; trois départements (Mono, Ouémé, Zou) où le niveau de fécondité bien qu'ayant baissé de manière notable (20 à 24 %) serait encore proche de celui de l'Atlantique en 1996 (5,15 naissances par femme); et deux départements (Atacora, Borgou) où les changements de fécondité seraient toujours marginaux.

*Concevoir et mettre en œuvre des stratégies cohérentes pour satisfaire la demande future annoncée des méthodes contraceptives modernes.*

**5.** D'après les données de l'Enquête sur la Nuptialité et la Fécondité des hommes au Sud-Bénin (EFMB) réalisée en 1989, le principe du choix d'un nombre d'enfants à ne pas dépasser est plus admis dans le voisinage familial chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes (35,2 % contre 22,2 %). En ville, l'éventualité d'une limitation des naissances par les jeunes est acceptée sans une forte discrimination entre les sexes. Par contre en milieu rural où la vie de la femme représente mieux les réalités africaines, le voisinage familial est moins favorable à la fixation a priori d'un nombre maximal d'enfants pour les jeunes femmes (16 % contre 32,5 %).

*Organiser à l'échelle nationale une étude approfondie (recherche qualitative et quantitative) pour actualiser les résultats de l'enquête restreinte à quelques localités du Sud-Bénin sur la dynamique et les facteurs des nouveaux modèles de fécondité que véhiculent le voisinage familial au sujet des jeunes et des femmes.*

# RÉFÉRENCES

Mboup, Gora et Nicaise Kodjogbé. 1999. *Perspectives sur la planification familiale et la santé de la reproduction au Bénin.* Calverton, Maryland USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc.

Betrand J. 1993 - Introduction, in NATIONAL COUNCIL RESEARCH, eds, *Factors affecting contraceptive use in Sub-Saharan Africa*, National Academy Press, Washington, D.C., pp.5-18.

Caldwell J.C, et Caldwell P., 1983 - The family planning program at the local level: a study of a village area in South India, 22p., (Unpublished);

Caldwell J.C., Reddy P.H. et Caldwell P., 1983 - The determinants of fertility decline in India, 51p., (Unpublished).

Caldwell J.C. et Caldwell P., 1987 - The cultural context of high fertility in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, vol.13, n°3, pp.409-437;

Caldwell J.C., Orubuloye I. et Caldwell P., 1992 - Africa's new kind of fertility transition, *Health Transition Working Paper*, n°13, Camberra, Australia: Health Transition Centre, Australian National University.

CharbitY. et Ndiaye S., dir, 1994, La population du Sénégal, DPS/CERPA, Paris.

Chesnay J.-C., 1995 – La transition démographique. Trente ans de bouleversements (1965-1995), Les Dossiers du CEPED, n°34, Paris, 25p.

Donadje F., 1992 – Nuptialité et fécondité des hommes au Sud-Bénin. Pour une approche des stratégies de reproduction au Bénin, Academia, Louvain-La-Neuve, 222p.

Easterlin R. et Crimmins E., 1985 - The fertility revolution, Chicago, University of Chicago Press.

FreedmanR., Khoo S.E. et Supraptilah B., 1981 - Modern contraceptive use in Indonesia: a challenge to conventional wisdom, *World Fertility Survey Scientific Reports*, n°20, 35p.

Gnansounou A., 1994 – Organisation sociale et planning familial au Bénin, Thèse de Doctorat (PhD), UDM, 344p.

Gnansounou Fourn E., 1997 -Maternité, un pouvoir ambigu pour les femmes, in Revue Spéciale de l'UNESCO, 20p.

Gnansounou Fourn E., 1997 – L'apport spécifique des sciences sociales au concept de santé de la reproduction, Première Journée du CRESAR Bénin, Cotonou, du 02 au 04 juillet 1997, 20p.

Huberman A.M. et Miles M.B., 1991 – Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes, De Boeck-Wesmael, Bruxelles, 480p.

INSAE, 1988 - Enquête sur la fécondité au Bénin (1982). Rapport national, Volume I : Analyse des principaux résultats, 1ere réimpression, p.38.

INSAE/Macro International, 1997 - Enquête Démographique et de Santé (Bénin), p.39.

Kouton E.F., 1996 - *Crise, famille, jeunesse et altération des justifications sociales d'une forte fécondité au Bénin*, Secondes Journées Scientifiques du Réseau Démographie de l'AUPELF-UREF sur Crises, pauvreté et changements démographiques dans les pays du Sud, Ouagadougou (Burkina-Faso), 23p, sous presse.

Lapham R.J. et Mauldin W.P., 1984 - Family planning program effort and birthrate decline in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, vol.10, n°4, pp.109-118.

Leridon H. et Toulemon L., 1996 – La régularisation des naissances se généralise, Les Dossiers du CEPED, n°41, Paris, 19p.

Lesthaegue R., 1989 - Social organization, economic crises, and future of fertility control in Africa, in LESTHAEGHE (R.), eds, *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, pp.475-505.

Locoh Th., 1992 - Vingt ans de planification familiale en Afrique Sub-saharienne, *Les Dossiers du CEPED*, n°19, 27p.

De Loenzien M. et Charbit Y., Offre de planification familiale et structures sanitaires au Sénégal, V[ieme] Journées Démographiques de l'ORSTOM sur Maîtrise de la fécondité et planification familiale, Paris, 28-30 septembre 1994, 16p.

Macro International Inc, 1998 – Perspective de la planification familiale, la fécondité et la santé au Sénégal, Calverton, Maryland USA, 167p.

Mauldin W.P. et Ross J.A., 1991- Family planning programs : efforts and results, 1982 – 1989. *Studies in Family Planning* 22 (6) pp 350-367.

McNicoll G. et Singarimbun M., 1983 - Fertility decline in Indonesia: analysis and interpretation, Washington D.C., National Academy Press, 130p.

Mott F.L et Mott S.L, 1980 - Kenya's record population growth: a dilemma of development, *Population Bulletin*, vol.35, n°3, pp.1-42.

Robinson W.C., Shah M.A. et Shah N.M., 1981 - The family planning program in Pakistan: what went wrong? *International Family Planning Perspectives*, vol.7, n°3, pp.85-92.

MPREPE/CNRHP, 1996 - Déclaration de Politique de Population de la République du Bénin, ATA-RED/CPPS, Porto-Novo, p.63.

PNUD, 1998 – Revue des dépenses publiques consacrées aux secteurs sociaux au Bénin, Cotonou, 110p + annexes.

Robey, Bryant, Jross J. et Bhustan I., 1996. Meeting unmet need : new strategies. Population Report, Series J. N°. 43. Baltimore : Johns Hopkins school of Public Health, Population Information Program.

Ross J. et Frankenberg E., 1993 – Findings from two decades of family planning research, New York, The Population Council, 101p.

Rutenberg N. et al., 1991 - Knowledge and use of contraception, Columbia, Institute for Resource Development (DHS, Comparative Studies, n°6), Columbia Maryland, 67p.

Sayed H., et El Zaini, 1986 - Unmet need for contraceptive in rural Egypt, in CDC Research Monograph series N° 16, Cairo, pp 93 – 125.

Srikantan K.S., 1977 - The family planning program in the socioeconomic context, Population Council, New York, 240p.

Westoff C.F. et Anne R.Pebly, 1981 – Alternative measures of unmet need for family planning in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 7(4) :126-136.

Westoff C.F., 1998 – The potential demand for family planning : A new measure of unmet need and estimates for five Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 14 (2) : 45-53.

ANNEXE 1 Prévalence et efficacité de trois déterminants immédiats de la fécondité selon le scénario et la Département

| | Avortement | | | Contraception traditionnelle | | | Contraception moderne | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Département | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 |
| **Prévalence** | | | | | | | | | |
| Atacora | 0,005 | 0,000 | 0,000 | 0,084 | 0,084 | 0,000 | 0,089 | 0,094 | 0,178 |
| Atlantique | 0,293 | 0,000 | 0,000 | 0,287 | 0,287 | 0,000 | 0,215 | 0,508 | 0,795 |
| Borgou | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,021 | 0,021 | 0,000 | 0,159 | 0,145 | 0,166 |
| Mono | 0,206 | 0,000 | 0,000 | 0,193 | 0,193 | 0,000 | 0,122 | 0,328 | 0,521 |
| Ouémé | 0,078 | 0,000 | 0,000 | 0,286 | 0,286 | 0,000 | 0,107 | 0,185 | 0,471 |
| Zou | 0,140 | 0,000 | 0,000 | 0,104 | 0,104 | 0,000 | 0,221 | 0,361 | 0,465 |
| Ensemble | 0,107 | 0,000 | 0,000 | 0,156 | 0,156 | 0,000 | 0,154 | 0,261 | 0,417 |
| **Efficacité** | | | | | | | | | |
| Atacora | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 0,300 | 0,300 | 0,300 | 0,765 | 0,778 | 0,778 |
| Atlantique | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 0,300 | 0,300 | 0,300 | 0,571 | 0,818 | 0,818 |
| Borgou | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 0,300 | 0,300 | 0,300 | 0,577 | 0,537 | 0,537 |
| Mono | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 0,300 | 0,300 | 0,300 | 0,454 | 0,797 | 0,797 |
| Ouémé | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 0,300 | 0,300 | 0,300 | 0,575 | 0,754 | 0,754 |
| Zou | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 0,300 | 0,300 | 0,300 | 0,613 | 0,763 | 0,763 |
| Ensemble | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 0,300 | 0,300 | 0,300 | 0,569 | 0,745 | 0,745 |

ANNEXE 2 Effets de la satisfaction des besoins en PF sur la fécondité potentielle selon le scénario et la Département

| | Indice d'avortement | | | Indice de contraception traditionnelle | | | Indice de contraception moderne | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Département | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 | Scénario 1 | Scénario 2 | Scénario 3 |
| Atacora | 0,994 | 1,000 | 1,000 | 0,973 | 0,973 | 1,000 | 0,926 | 0,921 | 0,085 |
| Atlantique | 0,635 | 1,000 | 1,000 | 0,907 | 0,907 | 1,000 | 0,867 | 0,551 | 0,297 |
| Borgou | 1 | 1,000 | 1,000 | 0,993 | 0,993 | 1,000 | 0,901 | 0,916 | 0,904 |
| Mono | 0,763 | 1,000 | 1,000 | 0,937 | 0,937 | 1,000 | 0,940 | 0,717 | 0,551 |
| Ouémé | 0,091 | 1,000 | 1,000 | 0,907 | 0,907 | 1,000 | 0,934 | 0,849 | 0,616 |
| Zou | 0,822 | 1,000 | 1,000 | 0,966 | 0,966 | 1,000 | 0,854 | 0,702 | 0,616 |
| Ensemble | 0,873 | 1,000 | 1,000 | 0,949 | 0,949 | 1,000 | 0,905 | 0,790 | 0,665 |

# LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTES AU BÉNIN : SEXUALITÉ, MARIAGE, REPRODUCTION ET EXPOSITION AU SIDA

**Gilles Expédit Gohy**

# INTRODUCTION

Le Programme d'Action de la Conférence Internationale des Nations Unies sur la Population et le Développement (CIPD) de 1994 au Caire, reconnaît qu'un développement durable doit reposer sur un ensemble des variables stratégiques qui sont l'amélioration du statut de la femme, la réduction de la pauvreté, la protection de l'environnement et la croissance économique (Goliber, 1997). La santé de la reproduction de la femme qui constitue un volet important de l'amélioration de son statut, apparaît dès lors comme une préoccupation des Nations en général et des Nations Unies en particulier. La santé des jeunes personnes constitue ainsi un des principaux volets du Programme. Ceci justifie l'intérêt de mener une étude sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et en particulier celle des adolescentes au Bénin où la fécondité de cette frange de la population n'est pas négligeable.

Dans de nombreux pays du monde, la majorité des jeunes femmes sont sexuellement actives dès leur adolescence et malgré les efforts déployés par les organismes prestataires de services de planification familiale, la proportion de mères adolescentes demeure importante dans ces pays. Fait de culture, la perception de la fécondité des adolescentes varie toutefois selon les sociétés. Dans les pays en développement où la fécondité est traditionnellement précoce, la fécondité des adolescentes est légitime. Nonobstant cette légitimité, elle a, depuis quelques décennies, attiré de façon notable l'attention dans la littérature pour les principales raisons suivantes :

- dans de nombreuses sociétés africaines, l'activité sexuelle s'exerçait et se justifiait dans le mariage. Mais on observe depuis plusieurs décennies un recul de plus en plus prononcé de l'âge au mariage, sans qu'une baisse de l'activité sexuelle des jeunes soit perceptible.

- les conséquences sociales, économiques, psychologiques et sanitaires ont ainsi été relevées et il existe depuis lors une littérature abondante concernant ce phénomène (voir entre autres : Gyepi-Garbrah, 1985-1988; Nichols et al., 1986; Bledsoe et Cohen, 1993).

On sait ainsi que la vulnérabilité des adolescentes dans leur activité est un facteur déterminant de leur santé sexuelle et reproductive (Mboup et Tossou, 1997). En effet, indépendamment de la norme qui influence les jeunes femmes, l'activité sexuelle des adolescentes n'est pas sans risques. Ainsi, les femmes qui se marient jeunes ont généralement peu de poids dans les décisions qui affectent leur fécondité. Les jeunes femmes non mariées qui se retrouvent enceintes peuvent avoir à choisir entre l'avortement et le statut de mère célibataire. Mariées ou non, les femmes sont plus exposées que les autres aux maladies sexuellement transmissibles (MST), et celles qui ont des enfants très jeunes exposent fréquemment leur santé aux risques liés à la maternité (The Alan Guttmacher Institute, 1998).

Cette étude a pour objet d'examiner, à partir des données de l'EDSB-I, les risques potentiels associés à l'exercice de la sexualité des adolescentes. La vulnérabilité des adolescentes en matière de sexualité, de fécondité et de MST/SIDA au Bénin, selon leur statut social constituent le point central de cette étude.

## 1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'examiner la vulnérabilité des adolescentes en matière de sexualité et de fécondité, afin de contribuer à l'amélioration de leur santé sexuelle/santé de la reproduction, en accordant une attention particulière aux diverses catégories d'adolescentes observées à l'EDSB-I. En étudiant la fécondité des adolescentes en fonction du critère novateur de la vulnérabilité, cette étude permettra une meilleure orientation des programmes de santé reproductive des adolescentes, en ciblant mieux les campagnes d'IEC.

Plus spécifiquement, il s'agit dans cette étude :

- d'examiner les connaissances et pratiques des adolescentes face aux MST/SIDA;
- d'étudier les déterminants de ces connaissances et pratiques, en fonction d'une part, des facteurs prédisposant, facilitant et de renforcement que sont par exemple l'instruction et le mariage et d'autre part, des caractéristiques socio-démographiques et économiques des adolescentes;
- de statuer sur les besoins des adolescentes en matière d'information, d'éducation et de communication pour prévenir les grossesses/naissances non voulues ou non planifiées d'une part et les maladies sexuellement transmises et le SIDA, d'autre part.

# 2 MÉTHODOLOGIE UTILISÉE

Nous présentons dans cette section notre hypothèse de recherche, les variables à opérationnaliser et la stratégie d'analyse adoptée.

## 2.1 Hypothèse de recherche

L'hypothèse de l'étude est la suivante : *les adolescentes béninoises sont d'autant vulnérables aux grossesses non planifiées et aux maladies liées au sexe qu'elles ne connaissent pas leur cycle ovulatoire, le condom et les MST/SIDA*. Nous attendons ainsi d'une part à ce que l'état matrimonial de l'adolescente soit un facteur important de sa vulnérabilité; d'autre part, à ce que l'activité sexuelle sans précautions soit un facteur aggravant cette vulnérabilité.

## 2.2 Variables

### 2.2.1 Variables dépendantes

Nous cherchons dans cette étude à examiner la vulnérabilité des adolescentes en matière de sexualité et de fécondité au Bénin. Pour cela, les variables à expliquer sont les *pratiques préservative et contraceptive* chez les adolescentes. Comme la pratique contraceptive, la pratique préservative est dichotomique. Sont considérées comme pratiquant la contraception, les adolescentes ayant déclaré utiliser une méthode de contraception efficace. La modalité 1 leur est donc affectée chaque fois qu'elles remplissent cette condition: 11 % des adolescentes enquêtées sont concernées ici.

Quant à la pratique "préservative", elle prend la valeur 1 si la condition est remplie et 0 dans le cas contraire. Sont ainsi classées ainsi dans la catégorie 1, les adolescentes suivantes: a°)- celles qui sont sexuellement actives mais utilisent, lors des rapports sexuels, le condom aussi bien pour se prémunir des maladies sexuellement transmissibles comme le SIDA que des grossesses non désirées; b°)- celles qui évitent les rapports sexuels avec des partenaires infectées (sexuellement malades). Elles représentent 5 % des adolescentes enquêtées. Ce chiffre qui traduit une réalité alarmante devrait pouvoir permettre des actions visant à améliorer la situation. Nous apporterons quelques éléments d'explication un peu plus loin dans le document.

### 2.2.2 Variables explicatives

Il est nécessaire, en plus de l'éducation des filles (scolarisation) de tenir compte de leur religion, de leur situation d'activité (active ou non). La scolarisation des filles, comme leur situation d'activité sont des variables dichotomiques qui prennent la valeur 1 quand la condition est remplie et 0 dans le cas contraire. Quant à la religion, c'est une variable à trois modalités : chrétienne, musulmane et traditionnelle.

### 2.2.3 Stratégie d'analyse

L'analyse est structurée en deux étapes.

La *première*, essentiellement descriptive, examine les variables utiles au développement du thème. Elle porte en outre sur les statistiques permettant d'apprécier la vulnérabilité des adolescentes. Notons que dans cette analyse descriptive, on veillera aussi à intégrer les dimensions suivantes :

- la sexualité des adolescentes;
- les grossesses non désirées;
- les risques encourus par les adolescentes face aux MST/SIDA (prévention; perception...);
- la planification familiale (besoins des adolescentes en la matière);
- les nouveaux schémas, comportements (patterns) sexuels dus, entre autres, au recul de l'âge au mariage.

En examinant le nombre de femmes adolescentes vivant en union polygame à l'enquête de 1996, on verra aussi leur représentation selon le milieu de résidence, sans toutefois pouvoir dire s'il ne s'agit pas d'une tendance à long terme; si les adolescentes n'ont pas toujours vécu en union polygame dans une large proportion. Dans le même ordre d'idées, on essaiera d'examiner le nombre de partenaires sexuels que les adolescentes ont, compte tenu du *groupe cible* auquel elles appartiennent. On évaluera ainsi leurs besoins potentiels en matière de santé reproductive. Il s'agit pour ainsi dire, à partir des groupes cibles, de dégager des pistes pouvant justifier la mise en oeuvre de stratégies visant l'amélioration des services de santé reproductive des adolescentes.

Les groupes cibles dont il s'agit ici sont : les **adolescentes non mariées sexuellement inactives**, les **adolescentes mariées** (autres partenaires, un seul partenaire), les **adolescentes mariées sexuellement actives** (type de partenaires : occasionnels/régulier). Pour les adolescentes de la première catégorie qui peuvent encore être protégées par une meilleure information sur la santé reproductive, on cherchera à appréhender leur connaissance en santé reproductive, afin de mesurer leur degré d'exposition et de vulnérabilité. Elles ne seront pas traitées comme les adolescentes mariées ayant d'autres partenaires ou comme les adolescentes non mariées sexuellement actives. Sur celles-ci, on cherchera les informations sur l'activité sexuelle au cours des douze derniers mois, l'utilisation de condoms (pour mesurer leur vulnérabilité aux MST/SIDA), l'utilisation de PF (après avoir pris l'information sur leur connaissance du cycle menstruel; on considère comme acquis que la connaissance de la PF est largement tributaire de la connaissance du cycle menstruel). L'objectif poursuivi est d'apprécier leur degré de vulnérabilité, afin de bien cibler les actions visant une meilleure prise en charge de la santé reproductive des adolescentes.

La *dernière étape* comporte les analyses multivariées; elle essaie d'apporter des explications aux variations constatées aux phases précédentes.

# 3 RÉSULTATS DES ANALYSES

Cette section est consacrée à la description de quelques variables utiles au développement du thème et à un essai d'explication.

## 3.1 État matrimonial et activité sexuelle des adolescentes à l'enquête

À l'Enquête Démographique et de Santé du Bénin (1996), les adolescentes représentent 20 % de la population féminine enquêtée. Leur répartition selon l'état matrimonial montre que 29 % sont en union (25 % vivent mariées et 4 % en union consensuelle, c'est-à-dire vivant avec quelqu'un).

Les études disponibles sur la sexualité et la fécondité des adolescentes ont montré un élément central de leur vie sexuelle et reproductive : leur *statut social.* Les adolescentes adoptent en fait des comportements sexuels et reproducteurs selon leurs place, rôle et perceptions dans leurs groupes sociaux. Alors que les adolescentes mariées font l'objet d'un plus grand respect et que les autres dans la société, on mettra sur le compte de l'irresponsabilité les comportements sexuels/reproducteurs marginaux des adolescentes célibataires. L'activité sexuelle que les adolescentes mènent est ainsi interprétée sous le prisme révélateur de la place accordée au mariage dans les sociétés africaines au sud du Sahara. Culturellement déterminé par le mariage, le statut social de la jeune femme dans la reproduction occupe donc une place non négligeable dans sa vulnérabilité sexuelle et reproductive.

À l'EDSB-I, c'est l'activité sexuelle récente qui a été étudiée. On a ainsi pu noter que 22 % des femmes âgées de 15-19 ans ont été sexuellement actives pendant les quatre semaines ayant précédé l'enquête. C'est la prédominance de célibataires dans ces groupes d'âges qui serait à l'origine de cette moindre activité sexuelle (Kodjogbé et al., 1997). Soulignons qu'il eût été intéressant de disposer des informations sur l'activité sexuelle récente selon l'état matrimonial et l'âge, de façon à mieux approcher celle des adolescentes célibataires.

L'activité sexuelle des adolescentes enquêtées au cours du mois ayant précédé l'enquête selon leur état matrimonial permet ainsi de distinguer trois catégories d'adolescentes : les adolescentes non mariées sexuellement inactives, les adolescentes mariées[1] et les adolescentes non mariées sexuellement actives. Ainsi, alors que 47 % des adolescentes interviewées sont sexuellement inactives, 25 % d'entre elles, non en union, sont sexuellement actives *(schéma suivant).*

Dans l'ensemble, 55 % des adolescentes mariées (29 % de l'échantillon) n'ont pas eu d'activité sexuelle au cours de la période. Quant aux adolescentes non mariées, mais sexuellement actives, elles appartiennent à deux catégories : les adolescentes ayant des partenaires occasionnels (41 %) et celles qui ont des partenaires réguliers (59 %). La répartition de ces deux catégories d'adolescentes non mariées, mais sexuellement actives selon leur activité sexuelle au cours de la période des quatre semaines avant l'enquête, montre que 26 % des adolescentes à partenaires occasionnels ont été sexuellement actives: cette proportion est de 45 % chez celles qui ont des partenaires réguliers.

En 1982, 10 % des femmes béninoises ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans, plus des trois quarts (92 % en milieu rural et 80 % en milieu urbain les ont eus avant 20 ans (EFB, 1982). Ajoutée à une faible utilisation contraceptive, cette situation explique le caractère précoce de la fécondité chez les Béninoises: 60 % des mères béninoises ont eu leur premier enfant pendant l'adolescence. À l'EDSB-I (1996), plus du quart des adolescentes[2] (26 %) ont déjà commencé leur vie féconde. Un peu moins de la moitié des adolescentes de 19 ans (47 %) étaient déjà mères et environ 9 % attendaient leur premier enfant au moment de l'enquête (Kodjogbé et al., 1997).

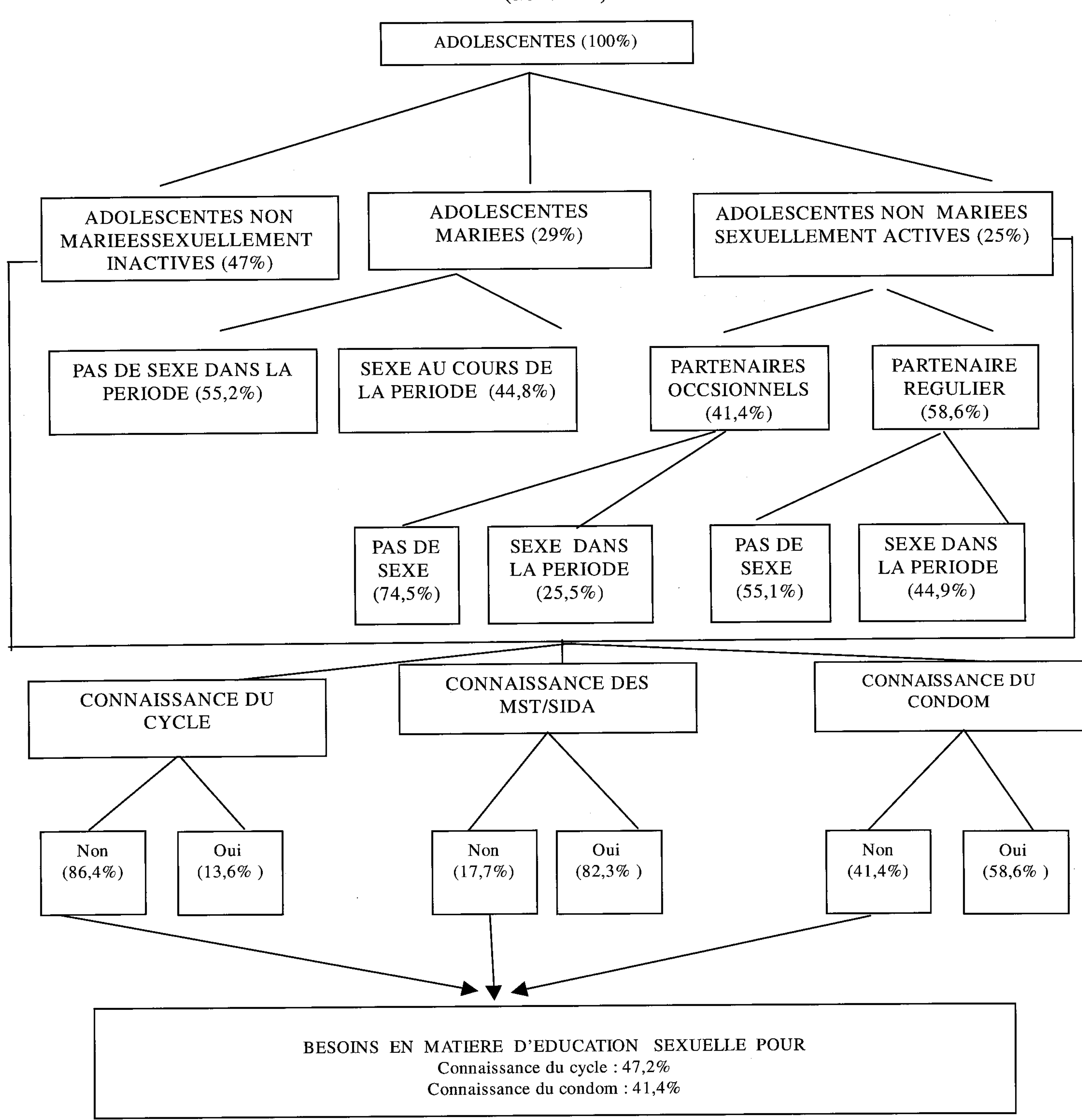
Le tableau 1 présente la fécondité aux âges adolescents dans quelques pays d'Afrique au sud du Sahara. On peut constater que son niveau est non négligeable.

---

[1] Notons que 35 % des adolescentes mariées vivent en union polygame.

[2] Ce sont les jeunes filles âgées de 15-19 ans révolus).

**Graphique 1.1**
**Adolescentes (15-19 ans) enquêtées à EDSB-I**
**(1075 cas)**



Au Bénin, elle est plus la norme que l'exception. À l'EDSB-I, 26 % des adolescentes enquêtées étaient fécondes; 20 % étaient mères et 7 % étaient enceintes d'un premier enfant. Mais, si la contribution de la fécondité des adolescentes à la fécondité générale du pays est loin d'être négligeable, elle se particularise peu, comme le montre le tableau précédent. Elle apparaît même comme un fait social établi au Bénin qui subit des modifications, si on se réfère à la situation observée en 1982. À l'EDSB-I (1996), 7 % des femmes âgées de 45-49 ans à l'enquête avaient leur première naissance avant 15 ans: cette proportion est de 1 % pour les femmes âgées de 15-19 ans à l'enquête. Les variations sont importantes au niveau des départements : on note par exemple que, par rapport aux autres départements, la fécondité des adolescentes dans le Zou est élevée, alors que par rapport au niveau national, sa fécondité générale n'est pas des plus importantes (Kodjogbé et al., 1997).

Tableau 1 Fécondité des adolescentes dans quelques pays africains

| Pays | Contribution au taux de fécondité générale en % |
|---|---|
| **Bénin** | **15,9** |
| Burkina Faso | 16,8 |
| Togo | 15,7 |
| Guinée | 16,0 |
| Côte d'Ivoire | 15,4 |
| Mali | 15,4 |
| Mauritanie | 16,8 |
| Niger | 16,8 |
| Sénégal | 16,8 |
| Cameroun | 16,3 |

Source: R. Dackam; H. Van Der Pol. IFORD, juin 1988. Tiré de Kouton (1992).

Des études ont montré le lien direct existant entre le contexte socio-culturel des femmes et leur fécondité. Les attitudes et comportements en matière de sexualité sont ainsi des indices des schémas de fécondité ou de reproduction dans les sociétés (Pressat, 1978; Mboup, 1992). En extrapolant, on peut avancer que les risques liés à l'exercice de la sexualité et à la fécondité sont tributaires de ce cadre normatif qui règle les comportements des individus en la matière.

Peu d'études se sont intéressées à la fécondité des adolescentes en l'abordant sous l'angle de la vulnérabilité sexuelle et reproductive, comme nous l'envisageons ici. La littérature disponible montre que la vulnérabilité est plus grande chez les femmes sexuellement actives à partenaires multiples et ne prenant pas de précautions pour se protéger (Mboup et Tossou, 1997). Des comportements en matière de contraception, différents selon l'état matrimonial ont ainsi été montrés (Gyepi-Garbrah, 1985; Nichols et al., 1986).

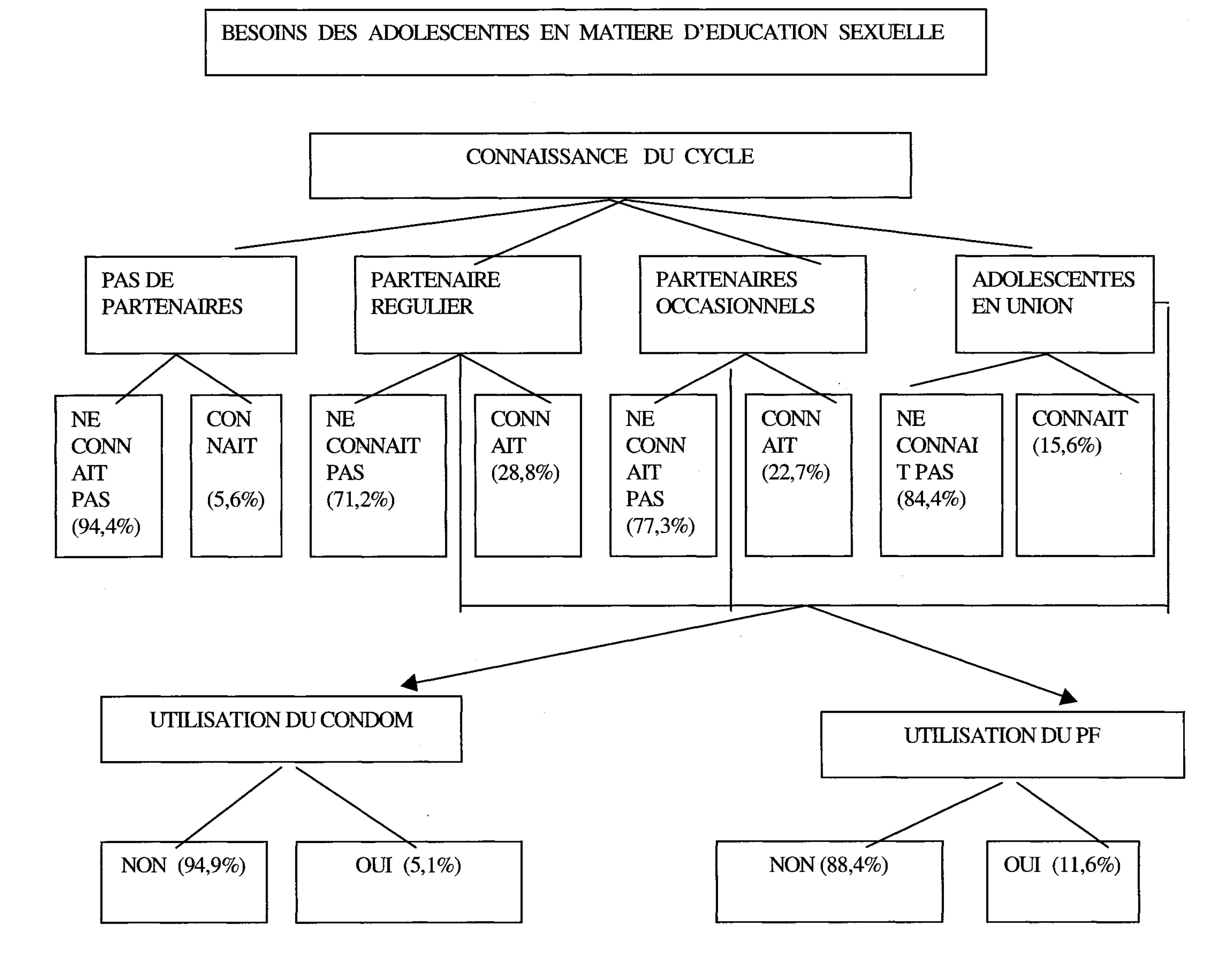
Au Bénin, comme ailleurs, les modèles de sexualité et de reproduction sont culturellement déterminés et conditionnent les comportements sexuels et reproducteurs des individus. Les facteurs culturels et institutionnels affectent donc directement ces comportements qui, à leur tour, expriment ces influences sur la vulnérabilité des adolescentes à travers leur activité sexuelle et leur pratique contraceptive. Expression de modes de production bien déterminés, le contexte socio-culturel détermine ainsi les normes et valeurs relatives à la sexualité et à la reproduction dans les groupes sociaux. Les relations qui existent entre celles-ci et le système socio-culturel *d'une part*, et le système socio-économique *d'autre part*, sont dialectiques, dans la mesure où ces facteurs s'influencent mutuellement.

## 3.2 Besoins des adolescentes en matière d'éducation sexuelle

Les besoins des adolescentes enquêtées en matière d'éducation sexuelle ont été examinés en tenant compte de leur connaissance du cycle menstruel, de leur connaissance des MST/SIDA et de leur connaissance du condom. On a pu ainsi constater que 14 % des adolescentes enquêtées connaissent leur cycle menstruel[3]; 83 % sont au fait des MST/SIDA et 59 % d'entre elles connaissent le condom. La prise en compte de toutes ces informations permet ainsi de constater que 47 % des adolescentes enquêtées ont besoin d'éducation sexuelle pour connaître leur cycle menstruel; 2 % en ont besoin pour connaître les maladies sexuellement transmises et le SIDA et 41 % en ont besoin pour connaître le condom.

[3] Seules les adolescentes qui savent que le milieu du cycle est la période féconde ont été prises en compte ici.

## Graphique 1.2




Il est utile de mentionner que les besoins de ces adolescentes en la matière sont importants, à cause des comportements à risques qu'elles adoptent. Ainsi, 71 % des adolescentes ayant déclaré avoir des partenaires réguliers ne connaissent pas leur cycle menstruel; cette proportion est de 77 % pour celles qui ont des partenaires occasionnels. S'agissant des adolescentes en union, 84 % d'entre elles ont déclaré ignorer le cycle menstruel.

S'il est vrai que le fait d'être en union les expose d'emblée plus fortement à la grossesse, force est de constater que leur ignorance du cycle aggrave le risque potentiel d'exposition à la grossesse—donc de naissances— non désirées ou non planifiées. Soulignons dans le même ordre d'idées que seulement 11 % des adolescentes non en union mais sexuellement actives utilisent la contraception. 9 adolescentes en union sur 10 (89 %) n'utilisent pas la contraception.

Les préjudices potentiels que les adolescentes à partenaires occasionnels font peser sur la société sont importants : la littérature disponible a montré que leurs maternités engendrent beaucoup de coûts et de sollicitations à la société à laquelle elles appartiennent. Les coûts et les sollicitations dont il s'agit ici sont ceux liés à la prise en charge de la mère et de l'enfant. En effet, nourrir le nouveau-né, pourvoir à ses besoins essentiels et à ceux de sa mère demande un investissement accru aux membres du corps social concerné. En effet, dans les sociétés africaines au sud du Sahara où l'enfant est perçu comme le bien de la sphère domestique, les solidarités familiales sont de fait mises à contribution pour assister la jeune mère adolescente. Tout cela constitue bien souvent un fardeau supplémentaire à l'économie domestique dont elle accentue généralement la précarité[4].

De façon générale, les adolescentes enquêtées se caractérisent par une très faible utilisation du condom et de la planification familiale. Ainsi, seulement 5 % et 12 % des adolescentes enquêtées ont respectivement déclaré utiliser le condom et le planning familial. Dans le même ordre d'idées, on note que les besoins non satisfaits des adolescentes en matière de contraception ne sont pas négligeables. L'EDSB-I a noté que les besoins non-satisfaits pour espacer concernent 27,6 % des femmes âgées de 15-19 ans (Kodjogbé, 1997). Il est utile de rappeler que les besoins non-satisfaits pour espacer ont été définis à l'enquête de 1996 comme concernant *les femmes enceintes dont la grossesse ne s'est pas produite au moment voulu, les femmes en aménorrhée dont la dernière naissance ne s'est pas produite au moment voulu, et les femmes qui ne sont ni enceintes ni en aménorrhée, qui n'utilisent pas de méthode contraceptive et qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance.* Nous avons approfondi les analyses en nous intéressant à la situation des besoins en matière de planification familiale au niveau de toutes les adolescentes enquêtées.

L'examen de ce tableau permet de constater qu'en toute rigueur, 3 adolescentes sur 10 (29,7 %) ont des besoins non satisfaits pour la planification familiale : celles qui ont formellement exprimé le besoin d'espacer; celles qui l'ont exprimé pour limiter et celles qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant leur prochaine naissance (tableau suivant). De plus, le fait de s'abstenir de rapports sexuels afin d'éviter une grossesse et/ou de les différer peut signifier que l'on ignore qu'avec la planification familiale, on peut avoir le même résultat. Si on suppose que tel est le cas à l'EDS-1 Bénin, on peut penser que ce sont 41 % des adolescentes enquêtées en 1996 qui ont des besoins non satisfaits pour la planification familiale. Dès lors, l'*analyse de l'enquête de l'EDS-1 Bénin présentée par Kodjogbé (1997) nous semble sensiblement sous-estimer les besoins non-satisfaits des adolescentes en matière de planification familiale.* Il est hautement probable qu'il y a des problèmes réels à la satisfaction des besoins des adolescentes enquêtées en la matière. Le contexte socio-culturel de l'exercice de la sexualité et de la fécondité tel que présenté dans le texte permet de penser qu'il y a des blocages limitant l'utilisation de la contraception par les adolescentes. Il peut s'agir d'une faible utilisation des services prestataires de planification familiale ou de l'existence réelle ou supposée d'obstacles à la fréquentation de ces lieux par les adolescentes. *Une étude qualitative approfondie serait utile pour cerner les barrières culturelles ou institutionnelles qui sont à la base de cette faible utilisation, mais il est déjà possible de supposer leur grande vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles et au SIDA.*

Tableau 2 Répartition des adolescentes enquêtées selon leurs besoins en matière de planification familiale, EDSB-I, 1996

| Besoins en la matière | Fréquence relative |
|---|---|
| Jamais eu de rapport sexuel | 61,7 (425 cas) |
| Besoin pour espacer | 11,1 (119 cas) |
| Besoin pour limiter | 00,1 (1 cas) |
| Utilise pour espacer | 10,9 (117 cas) |
| Utilise pour limiter | 00,1 (1 cas) |
| Veut des enfants plus tard | 18,5 (199 cas) |
| Abstinence. Veut attendre | 11,1 (119 cas) |
| Inféconde | 08,6 (93 cas) |

[4] La situation est plus préoccupante dès lors que la paternité de la naissance n'est pas assumée.

Le fait qu'au cours de l'adolescence, l'instinct sexuel se développe et devient très fort fait que souvent une relation sentimentale se termine par des rapports sexuels. Ces rapports entraînent souvent des grossesses non désirées. C'est pourquoi, il est extrêmement important que les adolescentes se disciplinent et apprennent à utiliser une méthode de contraception. En effet, ces grossesses non désirées peuvent être évitées pour autant qu'elles prennent la précaution d'utiliser une méthode contraceptive efficace. En effet, la vulnérabilité des adolescentes se perçoit par leur incapacité à éviter les aléas liés à leur vie reproductive: maladies sexuellement transmises du fait de comportements à risques, grossesses et naissances non désirées du fait d'une puberté mal assumée ou d'une contraception inexistante. Cet état de choses provient du fait que l'adolescence n'est ni précédée ni accompagnée par une période de préparation fournie par les adultes. L'éducation sexuelle et l'apprentissage à la vie familiale que l'on donnait aux jeunes personnes dans les sociétés traditionnelles devrait retrouver toute leur place ici. Car, ignorantes des risques liés à une activité sexuelle "désordonnée ", les adolescentes sont exposées dans leur vie reproductive. Les besoins des adolescentes en matière de connaissance du cycle ovulatoire, du condom et des MST sont ainsi fortement révélateurs de cette vulnérabilité au Bénin.

Si l'on admet que la fécondité des femmes est largement tributaire des comportements et attitudes qu'elles adoptent, *ne peut-on pas se demander si leur vulnérabilité dans l'exercice de leur sexualité est un facteur déterminant de leur santé sexuelle et reproductive?* En d'autres termes, si la vulnérabilité en matière de sexualité et de fécondité est centrale dans la reproduction des femmes, *peut-on penser qu'elle est une condition déterminante du comportement procréateur des adolescentes qui sont déjà relativement plus exposées aux maladies sexuellement transmissibles et au SIDA?* C'est dans le cadre de cette interrogation que nous intéressons à la connaissance et l'exposition des adolescentes au SIDA dans la prochaine section.

## 3.3 Connaissance et exposition au SIDA

Bien que 8 adolescentes sur 10 enquêtées (83 %) aient entendu parler du SIDA, 36 % d'entre elles ne connaissent aucun moyen pour éviter de contracter la maladie. 8 % d'entre elles pensent que l'abstinence sexuelle est le meilleur moyen de prévention; 71 % des adolescentes enquêtées n'utilisent pas le condom pendant leurs rapports sexuels. En fait, la connaissance du SIDA joue un rôle important dans l'exposition des adolescentes au SIDA. Les informations contenues dans Mboup et Tossou (1997) permettent de noter une vulnérabilité non négligeable chez les femmes béninoises. En effet, le simple fait de savoir qu'une maladie existe n'entraîne pas forcément une prévention contre cette maladie. Selon cette source, on constate que 15 % des adolescentes de l'EDSB-I connaissant le SIDA en ignorent complètement les modes de transmission de type sexuel, 17 % d'entre elles connaissent le SIDA et, au moins, un mode de transmission de type sexuel, mais ignorent un moyen de prévention de type sexuel. De même, 27 % de ces adolescentes connaissant le SIDA, connaissent, au moins, un mode de transmission de type sexuel, et, au moins, un moyen de prévention de type sexuel. Enfin, 24 % de ces adolescentes connaissant le SIDA, connaissent, au moins, un mode de transmission de type sexuel, et le condom comme moyen de prévention. On déduit de ces informations que *le fait de savoir que le SIDA existe, n'induit cependant pas chez les adolescentes béninoises une moindre vulnérabilité.* Les connaissances sur les modes de transmission sont assez faibles; ce qui permet de penser qu'*il est nécessaire d'envisager des stratégies d'IEC en la matière au Bénin.*

Il est important de souligner que 35 % des adolescentes enquêtées pensent que le partenaire unique—donc la fidélité au partenaire—est le meilleur moyen d'éviter la maladie et donc d'enrayer la pandémie. Mais on constate aussi que seulement 15 % d'adolescentes pensent qu'éviter les prostituées, permet d'éviter le SIDA. Une proportion négligeable (0,3 %) d'adolescentes pense la même chose en ce qui concerne la fréquentation des homosexuels. Les risques liés aux transfusions sanguines et aux injections semblent être perçus par peu d'adolescentes. Ainsi, alors que seulement 3 % des adolescentes enquêtées pensent qu'éviter les injections permet conséquemment d'éviter le SIDA, 2 % d'entre elles pensent la même chose des transfusions sanguines. Mentionnons pour finir que, à la question *"Est-il possible qu'une personne qui semble être en*

*bonne santé, soit atteinte du virus du SIDA"*, 29 % d'adolescentes pensent qu'une personne apparemment bien portante ne peut pas avoir le virus du SIDA. 24 % des adolescentes enquêtées n'en savent rien. *On remarque ainsi que plus de la moitié des adolescentes enquêtées (53 %) ne savent pas que la contamination par le virus du SIDA est asymptomatique sur une période relativement longue. Une IEC appropriée doit donc être envisagée pour informer correctement ces adolescentes.* Mentionnons pour finir que les adolescentes enquêtées sont majoritairement issues du milieu rural (53 %). Et plus de la moitié des adolescentes enquêtées sont actives (53 %). Alors que 63 % d'entre elles décident de l'utilisation de l'argent issu de ce travail, 20 % de ces actives en décident avec quelqu'un d'autre; 58 % d'entre elles gardent leur enfant quand elles travaillent; 25,6 % le confient à des personnes apparentées; 0,3 % à des domestiques et 1,7 % à des filles. Confier l'enfant au partenaire ne concerne qu'une proportion très négligeable de mères (0,6 %).

Nous venons de décrire les caractéristiques des adolescentes en général et, en particulier, en termes de vulnérabilité sexuelle et reproductive au Bénin. Dans la suite de cette étude, nous allons essayer d'expliquer les variations constatées. En effet, les adolescentes les plus vulnérables sexuellement peuvent être celles qui résident en milieu urbain ou qui fréquentent l'école. Elles peuvent tout aussi bien être celles qui sont mobiles du fait de leurs activités/situations professionnelles ou économiques. Elles peuvent enfin être celles qui n'ont qu'une moindre connaissance ou utilisation des préservatifs et contraceptifs. Pour modéliser toutes ces relations, nous effectuerons simplement des régressions logistiques multivariées, avec pour variables dépendantes, celles que nous avions précédemment identifiées.

## 3.4 Essai d'explication des variations constatées : les analyses multivariées

Cette section consacrée aux analyses multivariées vise à apporter des éléments d'explication aux variations constatées dans la vie sexuelle et reproductive des adolescentes béninoises. En mettant ensemble des caractéristiques socio-démographiques variées dans un même modèle de régression, on parvient ainsi à isoler les effets nets de celles qui concourent le plus à l'explication de la variable dépendante en situation. Cette façon de procéder a un autre avantage: celui de vérifier notre hypothèse de recherche, à savoir que l'état matrimonial de l'adolescente et son activité sexuelle sans précautions sont des facteurs explicatifs de sa vulnérabilité sexuelle et reproductive. Après avoir élaboré sur la pratique contraceptive des adolescentes enquêtées, nous intéressons à leur pratique "préservative".

### 3.4.1 Pratique contraceptive des adolescentes

L'éducation influence la pratique contraceptive par le biais de plusieurs déterminants proches, notamment la connaissance du cycle ovulatoire. Les adolescentes qui connaissent leur cycle ovulatoire ont plus fréquemment pratiqué la contraception que les autres.

La contraception et le mariage constituent, avec la puberté, les déterminants de la fécondité des adolescentes qui sont étudiés dans cette recherche. Ils comportent deux des quatre variables intermédiaires de la fécondité ciblées par Bongaarts (1978) qui expliquent les différences de fécondité entre populations : mariage ou cohabitation; contraception; infécondité post-partum et avortement provoqué. Par ailleurs, la sexualité avant le mariage apparaît comme un facteur favorisant la contraception chez les adolescentes. Sur la base des résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé de 11 pays africains au sud du Sahara (6 pays de l'Afrique de l'Ouest (Ghana, Libéria, Mali, Nigéria, Sénégal, Togo); 3 pays de l'Afrique de l'Est (Burundi, Kenya, Ouganda) et 2 pays de l'Afrique Australe (Botswana, Zimbabwe) effectuées entre 1986 et 1989, Bledsoe et Cohen (1993) rapporte qu'au Botswana où la sexualité avant le mariage est très courante, les adolescentes célibataires semblent le plus pratiquer la contraception.

Tableau 3 Coefficients de régression sur la pratique contraceptive

| Variable | B | S.E. | Wald | df | Sig | R | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGE1 | -,7986 | ,6080 | 1,7251 | 1 | ,1890 | ,0000 | ,4499 |
| AGE2 | -,1196 | ,4025 | ,0883 | 1 | ,7663 | ,0000 | ,8873 |
| AGE3 | ,0239 | ,3680 | ,0042 | 1 | ,9481 | ,0000 | 1,0242 |
| AGE4 | ,4451 | ,3057 | 2,1210 | 1 | ,1453 | ,0145 | 1,5607 |
| PRIM | -,1450 | ,3197 | ,2056 | 1 | ,6503 | ,0000 | ,8651 |
| SECO | ,1448 | ,4315 | ,1125 | 1 | ,7373 | ,0000 | 1,1558 |
| URB | -,0487 | ,2849 | ,0292 | 1 | ,8643 | ,0000 | ,9525 |
| UNION | -2,0808 | ,3163 | 43,2746 | 1 | ,0000 | -,2686 | ,1248 |
| SEX | ,5954 | ,2532 | 5,5298 | 1 | ,0187 | ,0785 | 1,8138 |
| CONCY | ,9853 | ,2780 | 12,5598 | 1 | ,0004 | ,1358 | 2,6785 |
| CONSID | ,6842 | ,5006 | 1,8684 | 1 | ,1717 | ,0000 | 1,9823 |
| RELIG1 | -,3336 | ,4079 | ,6692 | 1 | ,4133 | ,0000 | ,7163 |
| RELIG2 | -1,1073 | ,3565 | 9,6488 | 1 | ,0019 | -,1156 | ,3304 |
| RELIG4 | -,5404 | ,3854 | 1,9661 | 1 | ,1609 | ,0000 | ,5825 |
| RELIG6 | -1,2800 | ,5835 | 4,8116 | 1 | ,0283 | -,0701 | ,2780 |
| TRAVAIL1 | -,0378 | ,3060 | ,0153 | 1 | ,9016 | ,0000 | ,9629 |
| PARTEN2 | -1,4706 | ,3360 | 19,1535 | 1 | ,0000 | -,1731 | ,2298 |
| Constant | -,9066 | ,6523 | 1,9315 | 1 | ,1646 | | |

La contraception varie selon le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le groupe socio-culturel. À partir des résultats des EDS des pays précités, on a remarqué que c'est dans les pays où l'instruction est la plus forte (Botswana, Zimbabwe) que la pratique de la contraception moderne par les adolescentes célibataires est la plus répandue (Bledsoe et Cohen, 1993). Mais de manière traditionnelle, le sujet de la contraception est rarement abordé avec les femmes célibataires et sans enfant. La connaissance de la contraception, moderne ou traditionnelle, et du cycle reproductif est assez faible en Afrique. Barker et Rich (1992) ont montré qu'au Nigéria et au Kenya, les adolescents sont mieux informés sur l'avortement que sur la contraception. Et selon les Nations-Unies (1989), la contraception utilisée lors des premiers rapports sexuels, est une contraception traditionnelle, parce que probablement la plus accessible. La contraception moderne qui est plus efficace, est souvent peu connue et peu accessible aux jeunes.

Au Bénin, comme la sexualité, la contraception est un sujet tabou rarement abordé dans les familles entre parents de générations différentes. La littérature parcourue ne mentionne pratiquement pas l'implication des parents biologiques dans l'information des jeunes et leur accès à la contraception. Pourtant, en tant que cellule de base de la société, c'est à partir de la famille que les jeunes opèrent des choix et adoptent des comportements qui engagent le cours de leur vie. C'est dans cet esprit que cette recherche, quoique de portée limitée par les données analysées, tente de cerner l'influence des générations sur la composante de la fécondité des adolescentes qu'est leur pratique contraceptive.

Quant au mariage, il apparaît comme une institution dont se sont dotées les sociétés humaines pour réguler le marché matrimonial et s'assurer une certaine pérennité. Dans les sociétés où la sexualité est traditionnellement conditionnée par le mariage, la sexualité, la grossesse et la naissance en dehors du mariage apparaissent comme le résultat d'une déstabilisation de l'ordre traditionnel (Cherlin et Riley, 1986; Nichols et al., 1986). Le mariage peut être religieux ou civil, mais l'union consensuelle qui rend compte d'une forme de cohabitation est enregistrée comme un palliatif au mariage dans beaucoup d'opérations censitaires en Afrique (INSAE, 1982; DSCN, 1981). Observons qu'elle est ailleurs perçue, non comme un substitut mais plutôt comme un prélude au mariage (Burch et al., 1986).

Le mariage apparaît, d'un point de vue complémentaire, comme un acte de promotion sociale qui, transcendant les individus, rapproche plutôt des groupes sociaux et familiaux. Traditionnellement au Bénin, le mariage est perçu comme une alliance entre deux groupes, mise en pratique par le couple; un contrat dont la durabilité et la stabilité étaient garanties par les lignages alliés. Les lignages étaient par conséquent activement impliqués dans le choix d'un conjoint pour les jeunes gens, l'entretien et l'éducation des enfants des couples. Aujourd'hui par contre, sous l'effet des changements du contexte socio-économique et culturel, le choix d'un conjoint est largement perçu comme une initiative relevant de la responsabilité personnelle et le lignage n'intervient généralement qu'après coup pour la légalisation du choix (Yana, 1997).

Le mariage est l'événement démographique le plus couramment utilisé pour apprécier le temps d'exposition des femmes à la grossesse et à la procréation. En Afrique au sud du Sahara, cette relation est ténue, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, à cause des problèmes liés à la définition ou à la conceptualisation du mariage (Gyepi-Garbrah, 1985; Bledsoe et Cohen, 1993). Il y a depuis quelques années dans la littérature, quelques controverses sur l'augmentation ou non de l'âge au mariage. Ainsi, alors que certains auteurs avancent une élévation des âges au mariage et à la première naissance (Westoff, 1992), d'autres penchent plutôt pour un *statu quo* de l'âge au mariage, arguant une quelconque modification aux diverses formes d'unions existantes et à la modification des questions afférentes au mariage (Van de Walle, 1993). Outre le fait que des études ont montré en Afrique au sud du Sahara, l'élévation de l'âge au mariage, connaître la dynamique socio-économique à la base de l'entrée en union (mariage) revêt une grande importance pour l'étude de la fécondité des adolescentes (Bledsoe et Cohen, 1993).

En fait, l'entrée en union est de plus en plus retardée, et l'activité sexuelle de plus en plus notable, se passe en dehors du mariage qui n'est plus le préalable au démarrage de ladite activité. Au Libéria, alors que seulement 36 % des femmes de 15-19 ans sont mariées, 82 % des femmes de ce groupe d'âges étaient sexuellement actives. À l'EDSB-I (1996), 17 % des femmes n'ayant jamais été en union étaient sexuellement actives au cours des semaines ayant précédé l'enquête. Le mariage est donc de moins en moins un bon indicateur du début de l'activité sexuelle en Afrique au sud du Sahara. Ainsi, si dans des pays comme le Burundi et le Mali, l'âge au mariage constitue toujours l'indicateur par excellence de l'entrée en activité sexuelle, au Libéria, au Botswana et au Bénin, tel n'est pas le cas. Toutefois, mariages précoces là où ils sont légitimés et activité sexuelle sans protection contraceptive apparaissent comme d'importants éléments d'appréciation dont on doit tenir compte dans l'explication des niveaux élevés de la fécondité des adolescentes en Afrique au sud du Sahara. La situation dans laquelle on se retrouve ainsi (recul de l'âge au mariage doublé d'une activité sexuelle soutenue et d'une faible utilisation contraceptive) pose d'emblée le problème des avortements provoqués clandestins. En effet, qu'advient-il des grossesses non désirées issues d'une activité sexuelle hasardeuse? Sont-elles toutes portées à terme? Il est difficile de répondre exactement à ces interrogations. On peut seulement soupçonner l'ampleur des avortements provoqués au Bénin, au regard des cabinets médicaux privés qui se multiplient dans ce pays, depuis le gel du recrutement de diplômés dans la fonction publique (voir Gohy, 1991).

À l'EDSB-I, les données ont montré que les adolescentes en union sont celles qui ont le moins tendance à pratiquer la contraception. Leur coefficient dans le modèle de régression—bien ajusté, soulignons-le— est négatif et est donc associé à une faible probabilité de pratiquer la contraception. Ce résultat est consistant et va dans l'ordre des choses dans les sociétés béninoises où on conçoit mal qu'une femme mariée évite d'avoir des enfants en recourant à la contraception.

Par ailleurs, toujours selon la même enquête, les adolescentes musulmanes et celles d'autres religions non traditionnelles ont, comparées à leurs consoeurs catholiques, de faibles tendances à pratiquer la contraception. On peut donc penser que les dogmes ou préceptes religieux ont une influence significative sur la pratique contraceptive des adolescentes enquêtées. Le fait que l'église catholique condamne les relations sexuelles avant le mariage est certainement de nature à induire l'abstinence comme pratique contraceptive.

Il est en outre intéressant de constater que les adolescentes ayant des partenaires occasionnels ont 73 % moins de chances de pratiquer la contraception que celles qui ont un partenaire régulier. Ce constat a aussi été fait par ailleurs dans la littérature sur le Nigéria et le Libéria (Nichols et al., 1986). Tout se passe comme si ces adolescentes pensent que le fait d'avoir sporadiquement des rapports sexuels protège contre d'éventuelles grossesses. Il convient toutefois de noter que cette opinion n'est pas spécifique aux adolescentes africaines au sud du Sahara. En effet, dans une étude de référence effectuée au Canada sur des adolescentes scolaires et des zones périurbaines de Montréal, Lamarche (1984) a montré que la pratique contraceptive chez ces adolescentes est fonction de la régularité de l'acte sexuel ou de la présence ou non d'un partenaire régulier. Leur surprise a été grande de se retrouver enceintes, par manque de précautions dû à l'ignorance. Des campagnes de sensibilisation sont donc nécessaires pour aider ces adolescentes à mieux maîtriser leur vie sexuelle et reproductive.

Ces résultats nous permettent de penser que *l'état matrimonial des adolescentes et l'exercice imprudent de la sexualité sont des facteurs aggravants de leur vulnérabilité en matière de fécondité.*

### 3.4.2 Pratique préservative des adolescentes

Le fait d'avoir été à l'école, d'être sexuellement actives et de connaître le cycle ovulatoire sont les principaux déterminants de la pratique préservative des adolescentes enquêtées. Quand elles ont le niveau secondaire, elles ont 4,1 fois plus de chances à se préserver des MST et du SIDA, comparées aux adolescentes sans aucun niveau d'instruction: ce rapport est de 2,3 fois quand elles sont du niveau primaire. Le bienfait de la scolarisation des jeunes filles ou des femmes déjà révélé ailleurs dans la littérature s'observe ici aussi.

Tableau 4 Coefficients de régression sur la pratique préservative

| Variable | B | S.E. | Wald | df | Sig | R | Exp(B) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AGE1 | ,2410 | ,6544 | ,1357 | 1 | ,7126 | ,0000 | 1,2725 |
| AGE2 | -,3187 | ,5138 | ,3849 | 1 | ,5350 | ,0000 | ,7271 |
| AGE3 | -,1454 | ,4393 | ,1096 | 1 | ,7406 | ,0000 | ,8646 |
| AGE4 | -,3776 | ,3926 | ,9251 | 1 | ,3361 | ,0000 | ,6855 |
| PRIM | ,8410 | ,4074 | 4,2603 | 1 | ,0390 | ,0778 | 2,3187 |
| SECO | 1,4096 | ,5267 | 7,1629 | 1 | ,0074 | ,1176 | 4,0943 |
| URB | ,3353 | ,3622 | ,8565 | 1 | ,3547 | ,0000 | 1,3983 |
| UNION | -,1934 | ,4051 | ,2280 | 1 | ,6330 | ,0000 | ,8242 |
| SEX | ,7416 | ,3165 | 5,4912 | 1 | ,0191 | ,0967 | 2,0992 |
| CONCY | ,6693 | ,3321 | 4,0630 | 1 | ,0438 | ,0744 | 1,9530 |
| CONSID | 7,2352 | 17,4613 | ,1717 | 1 | ,6786 | ,0000 | 1387,3600 |
| RELIG1 | -,3617 | ,5883 | ,3779 | 1 | ,5387 | ,0000 | ,6965 |
| RELIG2 | -,7851 | ,4637 | 2,8665 | 1 | ,0904 | -,0482 | ,4561 |
| RELIG4 | -,2680 | ,4804 | ,3112 | 1 | ,5769 | ,0000 | ,7649 |
| RELIG6 | -,3710 | ,6629 | ,3132 | 1 | ,5757 | ,0000 | ,6900 |
| TRAVAIL1 | -,1879 | ,3597 | ,2728 | 1 | ,6015 | ,0000 | ,8287 |
| PARTEN2 | -,8851 | ,4329 | 4,1796 | 1 | ,0409 | -,0764 | ,4127 |
| Constant | -9,8010 | 17,4700 | ,3147 | 1 | ,5748 | | |

Produit du système socio-économique, la progression de la scolarisation des femmes a été très rapide dans le monde, surtout au profit des jeunes générations, mais avec toutefois des disparités régionales importantes selon les niveaux d'enseignement primaire et secondaire. Dans des pays comme le Kenya, le Zimbabwe et le Botswana, 95 % des femmes âgées de 15-19 ans ont eu accès au moins à l'enseignement primaire. Ce pourcentage n'excède pas le tiers dans des pays comme le Burundi, le Mali et le Sénégal. Au Burundi et au Mali, moins de 1 % des femmes âgées de 15-19 ans atteint le niveau secondaire (Bledsoe et Cohen, 1993).

Au Bénin, l'Enquête Démographique et de Santé de 1996 a montré de grandes variations en matière d'instruction des femmes entre milieux de résidence (rural/urbain): alors que 34 % des femmes citadines ont atteint le niveau primaire, seulement 15 % des femmes vivant en milieu rural sont dans cette situation. Ces proportions sont respectivement de 11 % et de 1 % pour le niveau secondaire. Cette même enquête a montré que 29 % et 11 % de la population féminine de fait âgée de 15-19 ans ont respectivement atteint les niveaux primaire et secondaire (Kodjogbé et al., 1997); ce qui montre la faiblesse numérique du niveau secondaire par rapport au niveau primaire.

Quand elles sont sexuellement actives, les adolescentes enquêtées ont 2,1 fois plus de chances de se protéger sexuellement contre les maladies sexuellement transmises et le SIDA. Il est possible de penser que les battages médiatiques et les campagnes de sensibilisation sur la réalité de la pandémie du SIDA ont quelque chose à voir dans cette situation.

Comme pour la religion musulmane, le coefficient de la variable 'partenaire occasionnel' est négatif. Ces deux coefficients sont donc associés à de faibles probabilités de se protéger contre les maladies du sexe et du SIDA. Les explications ou observations faites précédemment sont valables ici.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous pouvons avancer que, d'une part l'état matrimonial de l'adolescente est un facteur important de sa vulnérabilité; d'autre part, que l'activité sexuelle sans précautions est un facteur aggravant cette vulnérabilité. L'impact bénéfique de l'éducation des femmes a aussi été révélé; ce qui autorise à prêcher pour une intensification des efforts faits dans ce domaine. Les adolescentes enquêtées sont très faiblement informées des risques liées à l'exercice de leur sexualité. Pour celles qui pensent qu'avoir de partenaires occasionnels dispense de la protection contre les MST, le SIDA ou la grossesse, il serait nécessaire de développer des programmes de sensibilisation, afin qu'elles prennent mieux en charge leur vie sexuelle et reproductive. Mais de façon générale, les besoins des adolescentes béninoises en matière sexualité et de reproduction sont importants. De vastes programmes d'information et de sensibilisation doivent donc être conçus pour les adolescentes béninoises qui se trouvent dans une situation de manque d'information et de vulnérabilité sexuelle et reproductive absolument inquiétante. Il est donc urgent de penser à porter remède à la situation.

Soulignons que ces résultats issus de l'analyse approfondie des données de l'EDS-I Bénin sont consistants au regard de ceux obtenus par ailleurs. En effet, les données fournies par les Enquêtes Démographiques et de Santé montrent que les adolescentes ont une activité sexuelle, souvent précoce, non négligeable, quel que soit leur état matrimonial, mais prennent très peu ou presque pas de précautions qui les protègent des maladies sexuellement transmises et des grossesses non planifiées. Quand bien même elles sont relativement bien informées sur l'existence des maladies sexuellement transmises et du SIDA, les adolescentes ne prennent généralement pas de précautions pour s'en protéger. Les comportements à risques qu'elles adoptent; leur ignorance des modes de contamination des MST en général et du SIDA en particulier et les partenaires à risques qu'elles ont souvent sont quelques-uns des paramètres de cette vulnérabilité. Des études ont montré que les adolescentes, pour diverses raisons, ont ainsi et bien souvent des partenaires multiples ou occasionnels (Bledsoe et Cohen, 1993; Mboup et Tossou, 1997). L'âge de ces derniers n'est pas un critère limitant: les adultes et les jeunes hommes constituent généralement leur clientèle (Laourou, 1996). Des études récentes ont pourtant montré la plus grande vulnérabilité des adolescentes face au SIDA, à cause de leur immaturité physiologique (O.M.S., 1996).

Par ailleurs, les informations disponibles grâce aux EDS montrent une faible connaissance du cycle ovulatoire chez les adolescentes. Il est aussi utile de remarquer, toujours à partir des dites sources, que ces adolescentes ont une faible connaissance de la planification familiale. Leur puberté précoce et le mariage du même genre qui s'ensuit généralement sont souvent à l'origine des abandons scolaires pour causes de grossesses souvent non désirées ou des séquelles liées à ces grossesses. Les mariages instables que connaissent ces adolescentes sont aussi, et bien souvent, l'une des causes de cette situation. S'agissant de la santé et des soins liés aux enfants de mères adolescentes, notons qu'au-delà de la concentration de la pauvreté dans la population féminine—pauvreté due aux discriminations liées à l'accès aux ressources— il y a lieu de mentionner le double fardeau que portent les adolescentes pauvres. Ce fardeau est lié au genre et aux conditions matérielles de vie de ces personnes. En effet, c'est dans le groupe des femmes pauvres que l'on rencontre le plus de grossesses adolescentes non désirées (Hall, 1970; Chandersekhar, 1974; Aina et Odebiyi, 1997). Des études ont montré que les enfants de mères adolescentes pauvres ont davantage de problèmes de santé que les autres enfants (Bledsoe et Cohen, 1993).

Mentionnons pour finir que l'on s'intéresse de plus en plus à la vulnérabilité sexuelle et reproductive des adolescentes afin de mieux gérer leur fécondité. Fait social, donc fait de vie, nous avions noté que cette fécondité est très importante dans les sociétés béninoises. Cette étude sur la vulnérabilité sexuelle et reproductive des adolescentes béninoises constitue une innovation dans l'étude de la fécondité des adolescentes au Bénin. Elle ambitionne ainsi de fournir des pistes de recherche, de façon à fournir des éléments de politiques et de programmes intéressants. Les campagnes d'information sur la vulnérabilité sexuelle et reproductive des adolescentes, auront des chances de plus en plus élevées de diminuer les risques y afférents.

# RÉFÉRENCES

Aina, O.I. et A.I. Odebidy. 1997. *Transmission of poverty: experiences of unmarried adolescent mothers in Osun State, Nigeria.* UAPS Study Report N°27-1997;

Akam, E. 1990. Infécondité et Sous-fécondité. Évaluation et Recherche des facteurs. Le cas du Cameroun. in *Les Cahiers de l'IFORD.* No1, 1990.

Bledsoe, C. et B. Cohen (Eds.). 1993. *Social dynamics of adolescent fertility in Sub-Saharan Africa* National Academy Press, Washington, D.C., 208 p.

Bongaarts, J. 1978. A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, pp. 105-118.

Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI). 1992. *Rapport d'évaluation des enquêtes sur la fécondité des adolescentes.* Ottawa.

Chandersekhar, S. 1974. *Abortion in a crowded world.* London: George Allen and Unwin Ltd. pp. 34-37.

Cherlin, A. et N. Riley. 1986. Adolescent fertility: an emerging issue in sub-Saharan Africa. *PHN Technical Note 86-23*, Washington, D.C: The World Bank.

Delaunay, V. 1994. *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais.* Les Études du CEPED, No 7, Paris, 326 p.

Gohy, G. 1991. Crise de l'emploi et stratégies de survie au Bénin : les infirmiers sans emploi face aux avortements provoqués clandestins. *Vie et Santé*, avril.

Goliber, T. 1997. Population et santé de la reproduction en Afrique sub-saharienne. *Population Bulletin* Vol. 52, N°4.

Grawitz, M. 1990. *Méthodes des sciences sociales.* Dalloz, Paris.

Gyepi-Garbrah, B. 1985a. *Adolescent fertility in Kenya.* Boston, Massachussetts. The Pathfinder Fund.

Gyepi-Garbrah, B. 1985b. *Adolescent fertility in Nigeria.* Boston, Massachussetts. The Pathfinder Fund.

Gyepi-Garbrah, B. 1985c. *Adolescent fertility in Sierra Leone.* Boston, Massachussetts. The Pathfinder Fund.

Gyepi-Garbrah, B. 1985d. *Adolescent fertility in Liberia.* Boston, Massachussetts. The Pathfinder Fund.

Hall, R. 1970. Abortion in a changing world. Vol.1. New York, Columbia University Press. dans Aina et Odebiyi. 1997.*Transmission of poverty: experiences of unmarried adolescent mothers in Osun State, Nigeria.* UAPS Study Report N°27-1997.

Kodjogbé, N. et al. 1997. *Enquête Démographique et de Santé du Bénin.* Macro International, Calverton, Maryland.

Kouton, F.E. 1992. Évaluation et recherche des facteurs de la fécondité précoce au Bénin. *Les Cahiers de l'IFORD*. No 3, Yaoundé.

Lamarche. 1984. *La périnatalité au Québec*. CLSC Montréal Nord, Montréal.

Mboup, G. 1992. Étude des déterminants socio-économiques et culturels de la fécondité au Sénégal, à partir de l'ESF (1978) et l'EDS (1986). Collection des Thèses et Mémoires No 31, Université de Montréal.

Mboup, G. et J. Tossou. 1997. *Connaissance, attitude et comportement vis-à-vis du SIDA au Bénin*. Analyse approfondie de l'Enquête Démographique et de Santé au Bénin, Macro International Inc, Calverton, Maryland, USA.

Meekers, D. 1993. Education and adolescent fertility in Sub-Saharan Africa. Population Research Institute. The Penn State University, *Working Paper No 1993-05*, February.

MINPAT [Cameroun]. 1983. *Enquête Nationale sur la Fécondité (1978)*. DSCN, Yaoundé.

Nichols, D., O.A. Ladipo et al. 1986a. Sexual behavior, contraceptive practice and reproductive health among Nigerian adolescents. *Studies in Family planning* 17, 2 : 100-106.

Nichols, D., O.A. Ladipo et al. 1986b. Sexual behavior, contraceptive practice and reproductive health among Liberian adolescents. in *Studies in Family Planning* 18, 3 : 169-176.

Pressat, R. 1979. *L'analyse démographique : concepts, méthodes et résultats*. 4è édition. PUF, Paris, 295p.

The Alan Guttmacher Institute. 1998. *Vers un monde nouveau. Vie sexuelle et procréative des jeunes femmes*. New York et Washington.

Van De Walle, E. et D. Meekers. 1991. The Socio-cultural context of family and fertility in Sub-Saharan Africa. *African Development Review*.

# FACTEURS DE SURMORTALITÉ POST-NÉONATALE AU BÉNIN

**Bruno Kocou Djagba**
**Gora Mboup**
**Alphonse Guédémé**
**Bruno Magloire Nouatin**

# INTRODUCTION

Les études sur la mortalité dans les pays en développement sont principalement guidées par deux types de recherche qui portent soit sur les niveaux de mortalité et sur les inégalités dans ce domaine, soit sur les déterminants et les mécanismes qui mènent au décès (Beghin, Rakotondrabe, 1996). Effectuées à partir des enquêtes démographiques et de santé, de nombreuses études consacrées aux facteurs de la mortalité des enfants en Afrique au Sud du Sahara ont abouti à des conclusions concordantes sur la complexité des déterminants biologiques, socio-économiques, culturels, environnementaux et politiques qui inter-agissent pour expliquer les variations des niveaux de mortalité d'un pays à l'autre (Akoto, 1993; Bicego et Ahmad, 1996).

Les résultats de l' EDSB-I de 1996 indiquent qu'au Bénin, la mortalité infantile demeure élevée. Sur 1000 naissances, 94 décèdent avant l'âge d'un an. Avec ce résultat, le Bénin est loin d'atteindre l'objectif d'une mortalité infantile de 69 ‰ en l'an 2000 fixé par le Programme National d'Action en faveur des Enfants et des Mères (Ministère de la Santé, 1998). Cette forte mortalité infantile est le résultat d'une surmortalité post-néonatale. En effet, 60 % des décès infantiles interviennent entre l'âge de 1 et 12 mois (56 ‰ pour la mortalité post-néonatale contre 38 ‰ pour la mortalité néonatale). En d'autres termes, la mortalité post-néonatale est 1 fois et demie plus élevée que la mortalité néonatale. Cette surmortalité post-néonatale va à l'encontre du modèle classique de mortalité qui prévoit qu'après la période néonatale, les décès des enfants doivent considérablement diminuer. Ce modèle prédit qu'au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente, les facteurs comportementaux prennent une grande importance dans l'explication de la mortalité alors que le rôle des facteurs biologiques devient moins important.

Durant la période néonatale, les effets de la variable bio-démographique sur l'issue de la grossesse (faible poids de naissance, traumatisme à la naissance, accouchements compliqués et les anomalies héritées) sont supposées importantes. Par contre, au cours de la période post-néonatale, les enfants sont, de plus en plus, exposés aux changements de régime nutritionnel et aux agents responsables de maladies liées à l'environnement. Après la première année de vie, la mortalité des enfants devient tributaire des conditions environnementales et des soins préventifs et curatifs.

Par ailleurs, on observe une baisse plus rapide de la mortalité juvénile comparée à la mortalité infantile. Ainsi, la mortalité juvénile a atteint un niveau moins élevé que la mortalité infantile (80 ‰ contre 94 ‰). Ceci va dans le sens des prédictions du modèle classique de mortalité. Ce résultat indique encore que la mortalité post-néonatale constitue le principal problème de la surmortalité infantile, et de l'ensemble de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ceci signifie-t-il que les causes de la mortalité post-néonatale ont été moins affectées par les programmes sanitaires de baisse de la mortalité infantile conduits dans les pays durant le dernier quart de siècle. Les programmes s'appuient notamment sur les PEV et les SSP.

Cette présente étude tentera d'identifier les facteurs de la surmortalité post-néonatale au Bénin. On procédera, d'abord, à un examen de l'historique de la mortalité post-néonatale au Bénin. En effet, les données de l'EDS fournissent des informations sur l'historique des naissances qui ont permis de calculer, sur une période 20 ans (1976-1996), les indicateurs mortalité suivants :

Quotient de mortalité néonatale (MN) : Probabilité de décéder avant d'atteindre un mois;

Quotient de mortalité post-néonatale (MPN) : Probabilité de décéder entre le premier et le douzième mois;

Quotient de mortalité infantile ($_1q_0$) : Probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire; c'est une combinaison de la mortalité néonatale et de la mortalité post-néonatale.

Quotient de mortalité juvénile ($_4q_1$) : Probabilité de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire;

Quotient de mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) : Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire.

À partir de ces informations, on examinera particulièrement le rapport de la mortalité post-néonatale et de la mortalité néonatale. Ceci permettra de voir si la surmortalité post-néonatale est un phénomène récent, donc purement conjoncturel et susceptible de disparaître, ou un phénomène structurel et chronique. S'il s'agit d'un phénomène conjoncturel, cela est moins inquiétant car les facteurs qui le conditionnent sont également conjoncturels et passagers alors que lorsqu'il s'agit d'un phénomène chronique, cela est le résultat des effets a long terme d'une sur-morbidité post-néonatale qui peut changer dans le temps. Qu'il s'agisse de l'un ou de l'autre, on tentera, par la suite, d'explorer les facteurs susceptibles d'expliquer ce niveau.

L'EDSB-I a collecté des informations sur les conditions de vie des ménages, les caractéristiques des femmes, les comportements des mères en matière de santé infantile qui pourraient être associés à la mortalité des enfants. Cette association s'inspirera du modèle de Mosley et Chen (1984).

Comme l'ont mis en évidence Mosley et Chen, les causes de la forte mortalité en Afrique sont complexes et multiples (Mosley et Chen, 1984). Reprenant la hiérarchie établie par Davis et Blake (1986) pour expliquer les différentiels de fécondité d'une société à l'autre, Mosley et Chen ont regroupé les facteurs pouvant affecter le niveau de mortalité des enfants en deux groupes : d'une part, les déterminants proches, ou variables intermédiaires et d'autre part, les facteurs socio-économiques. D'après Mosley et Chen (1984), les déterminants proches de la mortalité sont définis comme les mécanismes de base communs à toutes les maladies et par lesquels tous les déterminants socio-économiques doivent agir. Ces déterminants, comme le souligne Tabutin (1992), relèvent du biologique, de l'environnement physique, de l'économique (revenu, niveau de vie, etc.) ou encore du culturel (les conceptions étiologiques des maladies, les comportements et pratiques spécifiques à chaque société.

L'application du modèle de Mosley et Chen nous aidera a mieux identifier les facteurs de surmortalité post-néonatale au Bénin. L'identification de ces facteurs permettra d'élaborer une stratégie pour l'amélioration de la santé des enfants entre 1 et 12 mois.

En résumé, cette étude est composée de trois parties :

Niveaux et tendance de la surmortalité post-néonatale
Incidence potentielle des déterminants proches
Facteurs de surmortalité post-néonatale

# CHAPITRE 1
# ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ NÉONATALE ET POST-NÉONATALE DE 1976 À 1996

Les données de l' EDSB-I sur l'historique des naissances ont permis de calculer la mortalité néonatale et post-néonatale durant les 20 dernières années ayant précédé l'enquête (1976-1996) par période quinquennale (tableau 1.1). Nous avons ensuite calculé le rapport de la mortalité post-néonatale à la mortalité néonatale. En l'absence d'une surmortalité post-néonatale, ce rapport doit être inférieur à l'unité. Dans le cas contraire, celui-ci doit être supérieur à l'unité.

Tableau 1.1 Taux de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile EDSB-I, 1996

| Période | Mortalité néonatale (MN) Pour 1000 | Mortalité post-néonatale (MPN) pour 1000 | Mortalité infantile ($_1q_0$) pour 1000 | MPN/MN | MPN/$_1q_0$ (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1991-96 | 38 | 56 | 94 | 1,5 | 60 |
| 1986-91 | 51 | 62 | 114 | 1,2 | 54 |
| 1981-86 | 50 | 64 | 114 | 1,3 | 56 |
| 1976-81 | 52 | 65 | 117 | 1,3 | 55 |

Le tableau 1.1 indique que la mortalité post-néonatale a très peu changé durant les 20 dernières années ayant précédé l'enquête (1976-1996). Estimée à 65 ‰ entre 1976-1981, elle est restée supérieure a 60 ‰ jusqu'à la période 1986-1991, pour ensuite connaître une légère baisse (10 %) et atteindre 56 ‰. Compte tenu des erreurs d'échantillonnage, ce niveau de déclin est insuffisant pour refléter une baisse significative de la mortalité post-néonatale. Par conséquent, il semble plus correct de considérer que la mortalité post-néonatale est restée quasi constante de 1976 à 1996. Concernant la mortalité néonatale, estimée à 52 pour ‰ en 1976-1981, elle est également demeurée constante jusqu'à la période 1986-1991. Par contre, durant la dernière période quinquennale (1991-1996), la mortalité néonatale a connu une baisse substantielle que ne saurait exprimer le seul effet d'erreur de sondage. Estimée à 38 ‰ en 1991-1996, elle a ainsi accusé une baisse de 26 % par rapport à la période quinquennale précédente (1986-1991).

On constate par ailleurs qu'au cours de la période 1976-1996, la mortalité post-néonatale est demeurée supérieure à la mortalité néonatale. Le rapport MPN/MN est, en effet, demeuré supérieur à 1, surtout au cours de la dernière période quinquennale au cours de laquelle la MN a connu une chute de 26 % plus importante que celle de la MPN qui est de 10 %. Ce résultat indique que la surmortalité post-néonatale observée au Bénin n'est pas un phénomène conjoncturel, mais plutôt structurel. Ceci veut-il dire que les facteurs qui la sous-tendent sont également structurels et n'ont connu pratiquement pas de mutations durant les 20 dernières années ayant précédé l'enquête? De plus, l'absence de mutations de ces facteurs signifie t-elle que les politiques sanitaires entreprises dans le pays depuis plus d'une décennie n'ont pas concerné ces facteurs ou n'ont pas eu d'effet sur ceux-ci?

Cette surmortalité post-néonatale se traduit par le fait qu'entre 1991-96, 60 % des décès infantiles interviennent entre 1 et 12 mois (56 ‰ par rapport à 94 ‰). Durant la période 1976-1996, plus de la moitié des décès sont pratiquement survenus entre 1 et 12 mois.

Avant d'examiner les facteurs de la surmortalité post-néonatale dans les chapitres suivants, nous allons présenter la structure de la mortalité néonatale et de la mortalité post-néonatale. Les études antérieures ont montré l'intérêt de décomposer les décès néonatals sur deux types de période (décès au cours de la première semaine de vie, d' une part et ceux du 7 ième jour au 30 ième jour, d'autre part). Au cours de la période néonatale, plus des deux tiers des décès sont survenus durant la première semaine de naissance. Cette structure est demeurée pratiquement constante jusqu'à 1986-91. Au cours de la dernière période quinquennale (1991-96), plus des trois quarts (78 %) des décès néonatals sont survenus durant les six premiers jours de naissance. Ceci signifie que la baisse de la mortalité néonatale a davantage concerné la réduction des décès de 7 à 30 jours que ceux de 0-6 jours.

Quant aux décès post-néonatals, on peut les décomposer sur la période de 1 à 6 mois, d'une part et de 6 à 12 mois, d'autre part. La première est celle ou l'enfant dépend plus de l'allaitement maternel et reçoit moins de liquides et de solides, tandis que la deuxième correspond à celle ou l'enfant dépend de plus en plus des aliments liquides ou solides. Les données l' EDSB-I indiquent que la plus grande partie des décès post-néonatals sont survenus entre 6 et 12 mois. Or, nous savons que la période de 6-12 mois est celle pendant laquelle les enfants souffrent le plus des maladies diarrhéiques, des IRA et de la malnutrition (insuffisance du lait maternel, complément alimentaire inadéquat). La précocité de la morbidité post-néonatale peut également être associée au non respect de l'allaitement exclusif (les données de l'EDS indiquent que seulement 14 % des enfants de 0-3 ans sont exclusivement allaites et qu'à 4-6 mois, ils ne sont plus que 2 %).[1]

Cette surmortalité post-néonatale concerne-t-elle tous les milieux de résidence (départements, urbain et rural).

Au niveau du rapport de l'EDSB-I, les informations sur la mortalité des enfants par milieu de résidence et département portent sur la dernière période décennale. Toutefois, l'exploitation directe des données permet de calculer des taux de mortalité sur des périodes quinquennales comme on l'a fait au niveau national dans le tableau précédent. Toutefois, dans un tel calcul, il faut tenir compte de la faiblesse des effectifs. Les taux de mortalité calculés sur moins de 250 cas (personnes exposées) ne seront pas présentées car sujets à de fortes erreurs de sondage; lorsque le nombre de cas est compris entre 250 et 499, les taux de mortalité peuvent être présentés mais doivent être interprétés avec prudence car, bien que les erreurs de sondage soient moins importantes que dans le cas précédent, elles peuvent néanmoins affecter leur niveau. Par contre, sur 500 cas ou plus, l'effet des erreurs de sondage est considérablement maîtrisé. La décomposition de la période de dix ans en deux périodes quinquennales tiendra compte de ces éléments d'effectifs et d'erreurs de sondage.

Les résultats du tableau 1.2 indiquent qu'à l'exception de l'Atlantique et du Mono, la mortalité post-néonatale dépasse dans tous les départements la mortalité néonatale. Cette surmortalité post-néonatale est particulièrement élevée dans l'Ouémé et dans les deux départements du Nord, l'Atacora et le Borgou ou la mortalité post-néonatale est plus d'une fois et demie (respectivement 1,9 fois, 1,8 fois et 1,6 fois) supérieure à la mortalité néonatale. Dans une proportion moins importante, on observe une surmortalité post-néonatale dans le département du Zou (1,2 fois la mortalité néonatale).

---

[1] L'OMS recommande que les enfants soient exclusivement allaités durant les premiers six mois de vie, et qu'ils reçoivent tous des aliments après l'âge de 6 mois. Cette recommandation s'appuie sur le fait que le lait maternel est bien plus qu'un simple assortiment d'éléments nutritifs; il est une substance vivante d'une grande complexité biologique qui joue un rôle protecteur actif ainsi qu'un rôle immuno-modulateur. Il apporte non seulement une protection exceptionnelle contre les infections et les allergies, mais stimule aussi le développement du système immunitaire de l'enfant.

Tableau 1.2 Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale et infantile par période et par département EDSB-I 1996

| | Mortalité néonatale (MN) pour 1000 | | | Mortalité post-néonatale (MPN) pour 1000 | | | Mortalité infantile ($_1q_0$) pour 1000 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Département | 1991-96 | 1986-91 | 1986-86 | 1991-96 | 1986-91 | 1986-96 | 1996-91 | 1986-91 | 1986-86 |
| Atacora | 40,4 | 48,2 | 44,2 | 67,9 | 88,2 | 77,9 | 108,3 | 136,4 | 122,0 |
| Atlantique | 35,2 | 52,3 | 43,3 | 40,9 | 34,7 | 37,9 | 76,0 | 86,9 | 81,2 |
| Borgou | 33,2 | 57,4 | 44,6 | 68,3 | 76,7 | 72,3 | 101,5 | 134,1 | 116,9 |
| Mono | 45,0 | 74,6 | 59,8 | 45,6 | 42,7 | 44,2 | 90,6 | 117,3 | 104,0 |
| Ouémé | 32,3 | 27,0 | 30,7 | 51,5 | 62,3 | 56,9 | 85,7 | 89,4 | 87,6 |
| Zou | 43,7 | 47,7 | 45,6 | 53,5 | 60,0 | 56,7 | 97,2 | 107,7 | 102,3 |
| Ensemble | 38,2 | 51,4 | 44,6 | 55,8 | 62,2 | 58,9 | 93,9 | 113,6 | 103,5 |

Concernant la surmortalité post-néonatale, s'il est facile d'expliquer la situation des deux départements du Nord, il en va différemment pour l'Ouémé dont le niveau de développement devrait conférer une morbidité post-néonatale moins importante. Nous examinerons plus tard les facteurs susceptibles d'expliquer la surmortalité post-néonatale de l'Ouémé.

Par contre, dans les départements de l'Atlantique et du Mono, on n'observe pas de surmortalité post-néonatale. La mortalité post-néonatale y est, seulement, respectivement 0,9 et 0,7 fois la mortalité néonatale. Si la situation de l'Atlantique s'explique plus aisément, sa sous-mortalité post-néonatale pouvant être liée à son niveau de développement, il n'en est pas de même en ce qui concerne le Mono qui fait partie des départements les plus pauvres. En effet, le modèle classique prévoit qu'au fur et a mesure qu'un milieu se développe, on devrait assister à une baisse considérable de la morbidité post-néonatale. Concernant le Mono, il parait difficile de lier son schéma de mortalité au développement. On examinera dans le chapitre qui suit les éléments pouvant l'expliquer.

Selon le milieu de résidence, on observe une surmortalité post-néonatale plus prononcée en milieu rural qu'en milieu urbain (1,4 fois contre 1,1 au cours des dix dernières années). De même, concernant l'instruction de la femme, nous constatons également une surmortalité post-néonatale lorsque la mère n'est pas instruite ou n'a qu'un niveau d'instruction primaire. Par contre, lorsque la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus, la mortalité post-néonatale est pratiquement égale à la mortalité néonatale.

Lorsqu'on considère les soins prénatals, on obtient un schéma de mortalité qui semble indiquer que lorsque la mère n'a pas eu de soins prénatals et n'a pas été assistée par du personnel de santé au moment de l'accouchement, son enfant court autant de risque de décéder durant la période néonatale que durant la période post-néonatale. Par contre, si la mère a reçu l'un ou l'autre, on note une surmortalité post-néonatale liée à la baisse plus importante de la mortalité néonatale. Lorsque la mère a reçu les deux, on observe une réduction de la mortalité post-néonatale pratiquement aussi importante que celle de la mortalité néonatale. Ce résultat indique-t-il que la surmortalité post-néonatale n'est que le résultat d'une baisse plus rapide de la mortalité néonatale due à l'amélioration des soins prénatals et des conditions d'accouchement?

Avant d'explorer les facteurs de surmortalité post-néonatale, nous allons d'abord examiner la situation des enfants qui «échappent» à la mortalité infantile.

**Variations de la mortalité infantile par rapport à la mortalité juvénile**

Durant la période 1976-1996, la mortalité juvénile ($_4q_1$) est passée de 119 ‰ à 80 ‰ dans tous les départements. Au cours de la première décennie de cette période, la mortalité juvénile est pratiquement identique à la mortalité infantile ($_1q_0$). Par contre, durant la dernière période quinquennale, on note une mortalité juvénile nettement inférieure à la mortalité infantile. L'examen du rapport $_1q_0/_4q_1$ au cours des 20 dernières années indique que ce rapport, inférieur à 1 (0,97) durant la période 1976-81 est supérieur à 1 (1,18) en 1991-96 en raison de la baisse plus importante de la mortalité juvénile que de la mortalité infantile. La croissance de ce rapport confirme que, dans la plupart des pays où l'économie est forte et les infrastructures sanitaires sont satisfaisantes, la mortalité juvénile doit être inférieure à la mortalité infantile. On pourrait supposer que le programme de PEV a plus contribué à la réduction de la morbidité liée aux maladies comme la rougeole durant la période juvénile que durant la période post-néonatale où probablement d'autres maladies—paludisme, diarrhée, IRA et malnutrition—sont prédominantes. Cette morbidité sera étudiée au niveau du chapitre 2.

Tableau 1.3 Quotients de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile par période et par département EDSB-I 1996

| Période | Mortalité infantile ($_1q_0$) pour 1000 | Mortalité juvénile ($_4q_1$) pour 1000 | Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) pour 1000 | $_1q_0/_4q_1$ |
|---|---|---|---|---|
| 1991-96 | 94 | 80 | 167 | 1,18 |
| 1986-91 | 114 | 101 | 203 | 1,13 |
| 1981-86 | 114 | 111 | 212 | 1,02 |
| 1976-81 | 117 | 119 | 222 | 0,97 |

La baisse de la mortalité juvénile plus importante que celle de la mortalité infantile a été observé dans d'autres pays ayant réalisé une enquête démographique et de santé. Toutefois, une analyse comparative effectuée par Bicego et Ahmad (1996) indiquent que le schéma d'évolution de ces deux types de mortalité n'est pas uniforme à travers les pays ayant réalisé une EDS. Dans certains pays, la mortalité juvénile a chuté beaucoup plus rapidement que la mortalité infantile comme nous l'avons observé au Bénin. Dans d'autres pays, c'est la mortalité infantile qui a diminué de façon importante par rapport à la mortalité juvénile (Cameroun, 1992; Philippines et Colombie). Il arrive également qu'on observe une chute uniforme dans les types de mortalité (Burkina-Faso, 1993; Madagascar, 1992). Parfois, alors que la mortalité infantile chute, la mortalité juvénile connaît une légère hausse (Kenya, Niger, Nigéria, République Dominicaine) ou encore la mortalité infantile croît beaucoup plus rapidement que la mortalité juvénile (Zambie). Ils remarquent ainsi que les niveaux de mortalité infantile et de mortalité juvénile peuvent varier considérablement et que les causes d'une telle variation sont mal connues.

La chapitre qui suit examine les facteurs de la surmortalité post-néonatale.

# CHAPITRE 2
# INCIDENCE POTENTIELLE DE LA MORBIDITÉ POST-NÉONATALE ET RÔLE DU PEV SUR LA SURMORTALITÉ POST-NÉONATALE

Les informations disponibles à l'EDSB-I sur l'état vaccinal et les maladies des enfants ne concernent que ceux qui sont survivants au moment de l'enquête. On ne pourra donc pas déterminer le rôle direct de la vaccination et de la morbidité sur la mortalité. Nous tenterons, toutefois, à l'aide des informations sur les enfants survivants d'apprécier la morbidité au Bénin et de la mettre en rapport avec la mortalité. Les statistiques sanitaires du Ministère de la Santé sur la morbidité, sur les Soins de santé primaire (SSP) et le PEV permettront également d'apprécier en premier lieu le rôle que pourraient jouer sur la mortalité certaines maladies comme la diarrhée, la paludisme et les IRA, d'une part et la vaccination, d'autre part. La comparaison de la situation du Bénin à celle des pays d'Afrique au sud du Sahara permettra également de mieux identifier les causes et les fondements de sa surmortalité post-néonatale.

## 2.1 Incidence potentielle de la morbidité post-néonatale

Pour apprécier l'incidence des maladies sur les décès des enfants, nous avons tout simplement examiné leur prévalence au moment de l'enquête. On note que la période post-néonatale est celle pendant laquelle les enfants ont le plus souffert de la diarrhée, des IRA, de la fièvre et de la malnutrition. L'EDSB-I a, en effet, collecté des informations qui permettent d'évaluer la prévalence de la diarrhée, des IRA, de la fièvre et de la malnutrition au moment de l'enquête. Ces informations seront, d'une manière indirecte, mises en rapport avec les niveaux de mortalité post-néonatale observés.

### Diarrhée

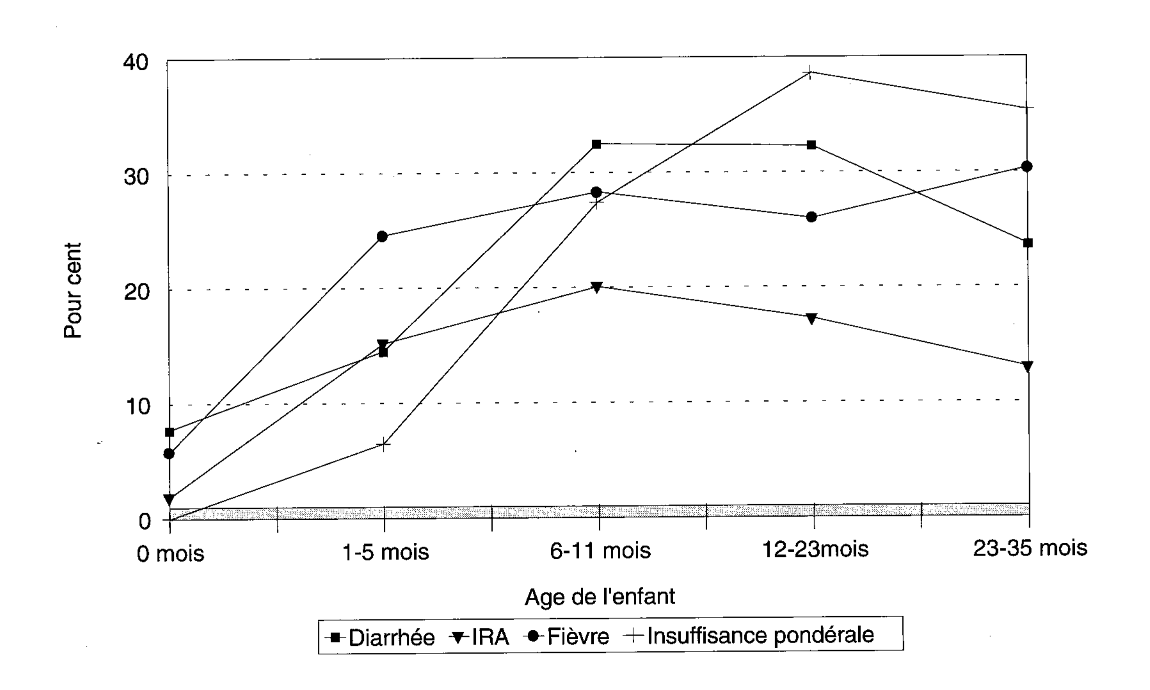
Au Bénin, la prévalence des maladies diarrhéiques demeure élevée et les enfants sont touchés très tôt: près du quart des enfants de moins d'un an ont souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines. Après le premier mois de naissance, les enfants commencent à souffrir de maladies diarrhéiques (graphique 2.1) jusqu'à un âge avancé (15 % à 1-5 mois contre 33 % à 6-11 mois). Cette précocité de la diarrhée semble être liée à l'introduction précoce de l'eau, d'autres liquides et aliments chez les enfants de 1-3 mois révolus qui, selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF, devraient être allaités exclusivement. Le non respect de l'allaitement exclusif chez les enfants de moins de 4 mois accroît la prévalence des maladies diarrhéiques, qui passe du simple au double (graphique 2.2).

En plus de l'introduction précoce d'autres liquides et aliments, les résultats de l'analyse multivariée indiquent que l'exposition et la réponse aux maladies diarrhéiques sont conditionnées par le milieu social, économique et environnemental. La disponibilité en eau potable courante et en latrines couvertes, en modes adéquats d'évacuation des eaux usées et des ordures réduit considérablement la prévalence de la diarrhée. Cette disponibilité explique essentiellement la situation privilégiée des enfants de mère instruite, et dans une moindre mesure, celles des enfants des départements de l'Atlantique, de l'Ouémé et du Zou. L'effet des latrines couvertes sur la réduction de la diarrhée semble être beaucoup plus important que celui de l'eau potable. Après contrôle des effets de la disponibilité en eau potable et en latrines couvertes, on constate que les enfants de l'Atlantique, de l'Ouémé et du Zou ont moins souffert de la diarrhée que ceux des autres départements. En d'autres termes, en plus de ces deux variables, d'autres facteurs non inclus dans le modèle comme l'hygiène, peuvent expliquer la situation favorable dans les trois premiers départements.

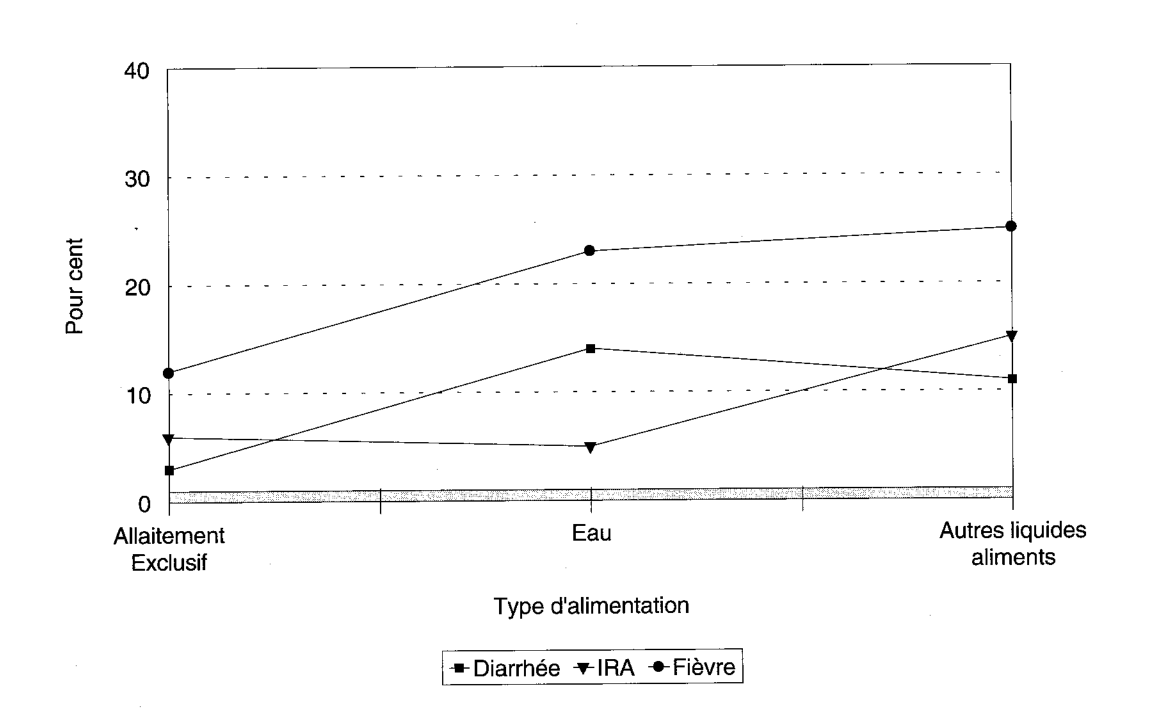
Tableau 2.1 Pourcentage d'enfants de 0-35 mois ayant eu la diarrhée, l'IRA, le fièvre ou l'une des trois maladies au cours des deux dernières semaines, ou ayant atteint d'une insuffisance pondérale ou ayant souffert de l'une des quatre EDSB-I 1996

| | Diarrhée | IRA | Fièvre | Fièvre sans diarrhée ni IRA | Insuffisance pondérale | Diarrhée IRA ou fièvre | Diarrhée, IRA, fièvre ou insuffisance pondérale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Âge de l'enfant** | | | | | | | |
| 0 mois | 7,7 | 1,9 | 9,8 | 5,8 | -- | 13,5 | 22,6 |
| 1-5 mois | 14,5 | 15,2 | 42,5 | 24,6 | 6,5 | 49,8 | 53,9 |
| 6-11 mois | 32,5 | 20,1 | 63,6 | 28,3 | 27,4 | 73,5 | 79,3 |
| 12-23 mois | 32,3 | 17,3 | 58,2 | 26,0 | 38,6 | 67,2 | 78,3 |
| 24-35 mois | 23,7 | 13,0 | 54,7 | 30,3 | 35,4 | 61,7 | 69,8 |
| **Département** | | | | | | | |
| Atacora | 32,6 | 15,6 | 53,5 | 22,8 | 32,3 | 62,8 | 71,2 |
| Atlantique | 21,9 | 17,6 | 52,3 | 24,9 | 24,3 | 59,0 | 66,9 |
| Borgou | 28,3 | 9,6 | 48,6 | 24,2 | 34,9 | 57,0 | 67,7 |
| Mono | 35,2 | 24,0 | 69,6 | 29,8 | 26,2 | 78,4 | 83,1 |
| Ouémé | 17,3 | 17,7 | 57,8 | 32,9 | 27,8 | 63,1 | 72,3 |
| Zou | 21,2 | 14,3 | 49,9 | 29,7 | 28,1 | 60,2 | 68,6 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | |
| Urbain | 24,3 | 12,0 | 47,3 | 24,2 | 24,4 | 55,7 | 64,7 |
| Rural | 27,1 | 17,6 | 57,8 | 28,3 | 31,1 | 66,0 | 74,1 |
| **Instruction** | | | | | | | |
| Aucune | 26,2 | 16,3 | 56,1 | 28,4 | 30,6 | 64,1 | 72,9 |
| Primaire | 29,0 | 16,1 | 52,0 | 22,7 | 25,5 | 62,3 | 68,4 |
| Secondaire | 17,5 | 8,7 | 37,7 | 19,7 | 20,3 | 43,1 | 52,6 |
| **Visite prénatale** | | | | | | | |
| Aucune | 29,0 | 11,5 | 52,7 | 26,5 | 27,7 | 61,4 | 70,5 |
| Au moins une | 25,6 | 16,8 | 54,9 | 27,1 | 25,5 | 63,0 | 71,2 |
| **Vaccin antitétanique** | | | | | | | |
| Aucun | 25,2 | 51,5 | 51,5 | 25,7 | 25,5 | 59,7 | 68,3 |
| 1 dose | 26,2 | 55,4 | 55,4 | 27,6 | 27,2 | 63,0 | 72,7 |
| 2 doses ou + | 26,6 | 55,5 | 55,5 | 27,5 | 25,3 | 63,9 | 71,7 |
| **Lieu d'accouchement** | | | | | | | |
| Domicile | 30,9 | 14,0 | 57,1 | 27,0 | 29,3 | 65,6 | 74,9 |
| Etablissement de santé | 23,6 | 16,8 | 53,0 | 27,0 | 24,0 | 61,1 | 69,0 |
| **Eau courante** | | | | | | | |
| Non | 27,4 | 16,3 | 57,0 | 27,8 | 26,8 | 64,7 | 73,0 |
| Oui | 22,6 | 14,3 | 47,0 | 24,5 | 23,1 | 56,6 | 65,5 |
| **Type de toilettes** | | | | | | | |
| Latrines couvertes | 17,9 | 11,4 | 46,6 | 25,8 | 18,7 | 52,5 | 61,0 |
| Latrinces non couvertes | 27,2 | 15,9 | 50,3 | 26,5 | 20,1 | 63,6 | 68,2 |
| Aucune | 27,7 | 16,6 | 56,2 | 27,2 | 27,6 | 64,6 | 73,2 |
| Ensemble | 26,2 | 15,8 | 54,5 | 27,0 | 29,2 | 62,7 | 71,1 |

## Graphique 2.1 Evolution de la morbidité entre 0-35 mois selon l'âge de l'enfant, EDSB-I 1996




## Graphique 2.2 Morbidité chez les enfants de 1-3 mois selon le type d'alimentation, EDSB-I 1996



**Infections respiratoires aiguës**

La pneumonie et la bronchite sont les principales IRA qui contribuent à la mortalité des enfants. Les statistiques sanitaires de 1995 indiquent que les IRA sont parmi les premières causes de décès des enfants de 0-11 mois en consultation. Selon les résultats de l'EDSB-I, les IRA demeurent importantes avec une prévalence de 16 % et touchent les enfants à un âge précoce (avant 6 mois). Leur prévalence devient nettement plus élevée chez les enfants de 6-11 mois (19 % contre 14 % à 1-5 mois et 2 % à mois d'un mois).

On note, par ailleurs, que l'éducation de la mère, l'urbanisation contribuent significativement à la réduction des IRA. Le département du Borgou demeure celui où la prévalence de l'IRA est la plus faible alors que le Mono se caractérise par la prévalence des IRA la plus forte. De plus, les enfants ayant accusé une insuffisance pondérale ont été plus affectés par les IRA. Chez les enfants de 1-3 mois, l'introduction précoce d'autres liquides ou aliments accroît le risque d'être atteint des IRA (graphique 2.2).

**Fièvre non reliée à la diarrhée ou aux IRA**

Dans l' EDSB-I, les informations sur le paludisme n'ont pas été collectées directement mais nous disposons d'informations sur la prévalence de la fièvre au moment de l'enquête. Le premier symptôme du paludisme est la fièvre. Cependant, tous les cas de fièvre ne sont pas liés au paludisme. En isolant les cas de diarrhée et d'IRA, l'estimation de la prévalence de la fièvre a été affinée pour l'approcher le plus possible du paludisme. Au cours des deux dernières semaines, plus de la moitié des enfants de moins d'un an ont eu de la fièvre (51 %), et 27 % ont eu une fièvre non associée à la diarrhée ou aux IRA. La fièvre non associée à la diarrhée et aux IRA touche les enfants à un âge précoce (25 % chez les enfants de 1-5 mois contre 10 % chez ceux de moins d'un mois) et elle est particulièrement importante chez les enfants de 6-11 mois (28 %).

La fièvre non reliée à la diarrhée ou aux IRA est plus fréquente dans les départements de l'Ouémé, du Mono et du Zou. Elle touche plus les enfants de mères adolescentes que les autres. Elle concerne aussi bien les enfants vaccinés que non vaccinés; elle est ainsi moins liée aux maladies-cibles du PEV. Toutefois, l'éducation contribue à la réduction de cette forme de fièvre, via certainement la prévention, notamment l'utilisation de la prophylaxie du paludisme.

**Malnutrition**

Il est établi que les enfants sévèrement atteints de malnutrition ont un risque plus élevé de décéder que ceux qui sont mieux nourris. Ils sont, en effet, plus exposés aux infections. L'analyse précédente a indiqué que les enfants souffrant de malnutrition étaient plus exposés que les autres aux IRA et à la fièvre. Plus du quart des enfants de 6-11 mois présente une insuffisance pondérale.

Pelletier et al. ont élaboré un modèle d'estimation de la contribution de la malnutrition à la mortalité des enfants, soit en entraînant directement la mort des enfants dans sa phase très sévère, soit en favorisant les infections et la détérioration de la santé des enfants. L'application de ce modèle aux résultats de l'EDSB-I, indique que 46 % des décès des enfants de 0-4 ans peuvent être associés à la malnutrition des enfants, particulièrement chez ceux dont la malnutrition est responsable d'une insuffisance pondérale. La contribution de la malnutrition à la mortalité des enfants de 0-4 ans atteint des proportions inquiétantes dans tous les départements, en particulier dans l'Atacora et le Borgou (respectivement 52 % et 53 %). Notons que ces deux départements présentent des formes de malnutrition totalement différentes: l'Atacora est plus concernée par la malnutrition chronique tandis que le Borgou a une situation très grave de malnutrition aiguë bien qu'elle puisse être conjoncturelle.

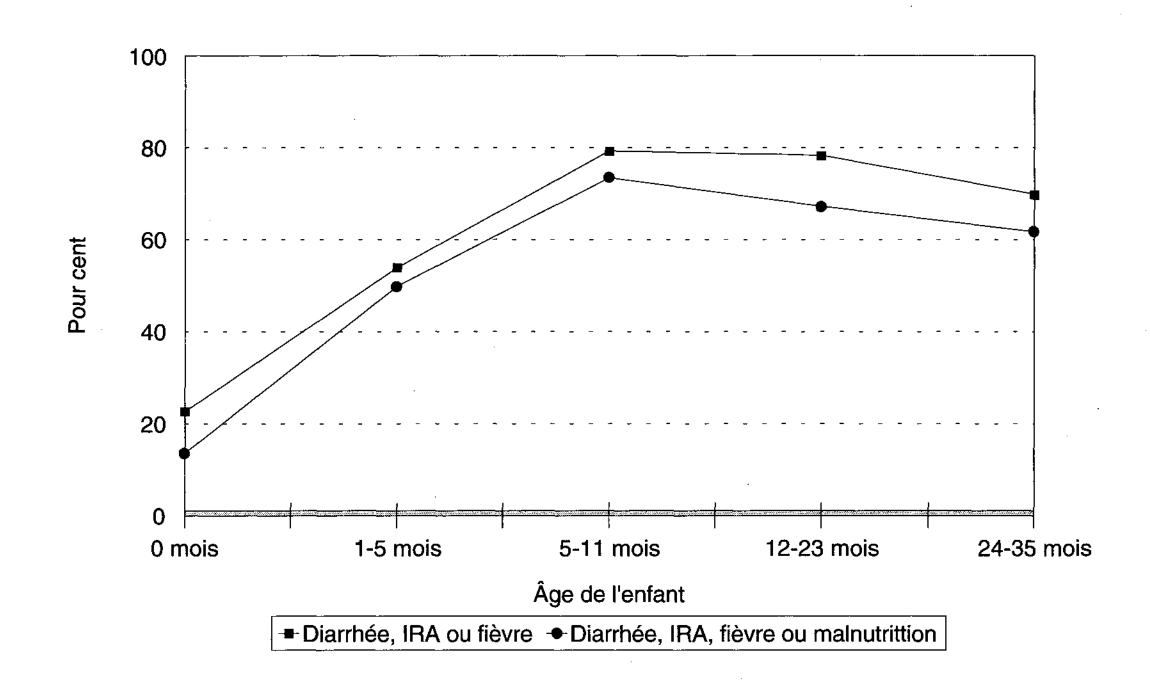
Après contrôle des autres variables, on constate que les enfants de mères adolescentes accusent plus fréquemment que les autres enfants une insuffisance pondérale. La situation plus favorable des enfants de mères instruites ou vivant en milieu urbain s'expliquerait en effet par leur fécondité moins précoce. Ces résultats indiquent que la réduction de la fécondité des adolescentes pourrait contribuer sensiblement à la réduction de l'insuffisance pondérale dans le pays. Dans le Borgou, en plus de la forte fécondité des adolescentes, d'autres facteurs non inclus dans le modèle expliqueraient la forte prévalence de l'insuffisance pondérale.

**Morbidité globale**

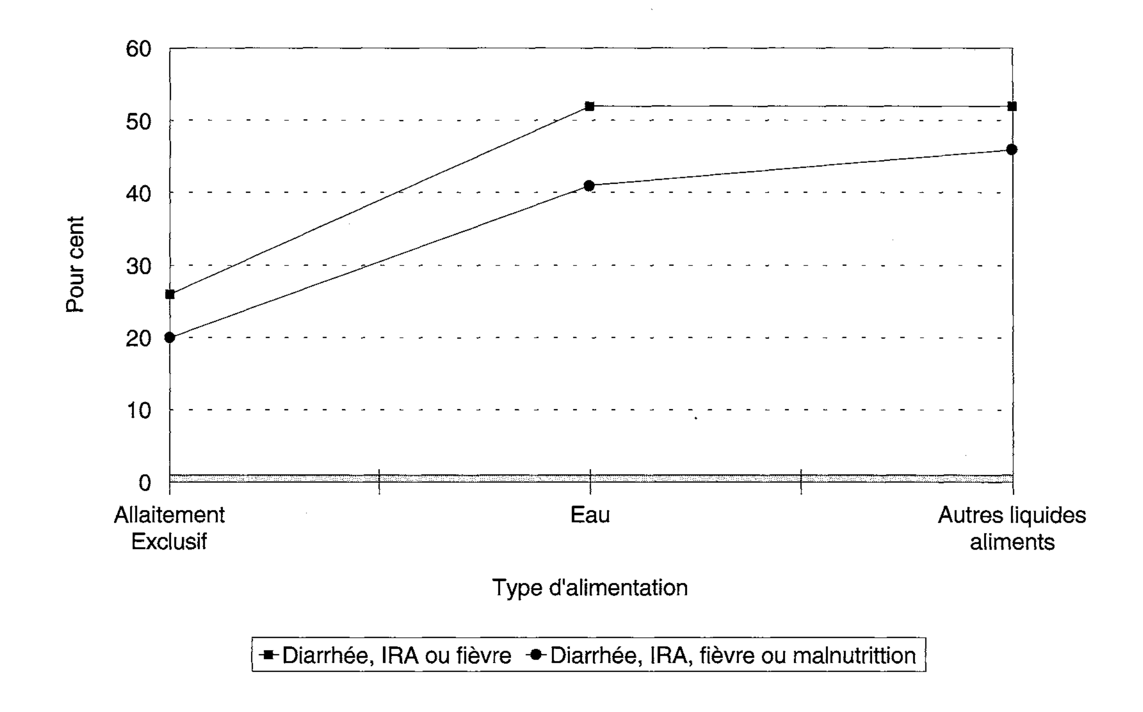
Nous avons élaboré deux indicateurs partiels de morbidité. Le premier indicateur est mesuré ici par le pourcentage d'enfants ayant souffert d'au moins une des trois maladies que sont la diarrhée, les IRA ou la fièvre. En considérant le premier indicateur, on constate que, chez les enfants de moins d'un an, près de six sur dix (58 %) ont été malades au moment de l'enquête (ils ont souffert soit de la diarrhée, des IRA ou de la fièvre). Ces résultats indiquent que l'enfant béninois commence à vivre très tôt dans un environnement où non seulement il est constamment exposé au risque de maladie mais aussi de mortalité.

Cette forme de morbidité est moins importante chez les enfants de moins d'un mois (10 %). Ces enfants sont plutôt concernés par d'autres types de complications. Par contre, juste après le premier mois, l'enfant béninois commence à vivre dans un environnement à forte morbidité (diarrhée, IRA, paludisme) avec près de la moitié des enfants de 1-5 mois et près des trois quarts de ceux de 6-11 mois qui souffrent soit de la diarrhée, des IRA ou de la fièvre. Lorsqu'on tient compte de la malnutrition, la morbidité augmente légèrement et concerne 54 % des enfants de 1-5 mois et 79 % des enfants de 6-11 mois. En effet, la plupart des enfants ayant souffert de la diarrhée, des IRA ou de la fièvre ont également accusé une insuffisance pondérale.

**Graphique 2.3 Evolutionde la morbidité globale entre 0-35 mois selon l'âge de l'enfant, EDSB-I 1996**



## Graphique 2.4 Niveau de la morbidité globale chez les enfants de 1-3 mois selon le type d'alimentation, EDSB-I 1996




Les enfants de mère instruite bénéficient d'une meilleure situation sanitaire (la morbidité globale est estimée a 53 % lorsque la mère a au moins le niveau d'instruction secondaire contre 68 % et 73 % lorsque la mère a le niveau primaire ou n'est pas instruite). Le département du Mono offre un environnement où près de 8 enfants sur dix sont malades. C'est dans le Borgou et l'Atlantique que l'on observe les niveaux les moins importants (respectivement 59 % et 57 %); c'est là aussi que nous avons observé la mortalité infanto-juvénile la moins importante.

Par ailleurs, l'analyse multivariée indique que, du point de vue économique, l'instruction et l'urbanisation contribuent significativement à la réduction de cette morbidité. Le département du Borgou présente, enfin, une caractéristique particulière de faible morbidité alors que le Mono est le département à forte morbidité. Par contre, la situation privilégiée de l'Atlantique s'explique par son niveau d'urbanisation, d'éducation et de disponibilité en eau potable courante. En effet, la morbidité est moins importante dans les ménages qui disposent de l'eau potable courante. On note également que le court intervalle entre naissances (inférieur à 24 mois) a un effet significatif sur la morbidité. De même, les enfants accusant une insuffisance pondérale sont également ceux qui vivent dans des conditions de forte morbidité (diarrhée, IRA et paludisme). Lorsqu'on tient compte de la malnutrition, on constate que près des trois quarts des enfants béninois étaient malades au moment de l'enquête.

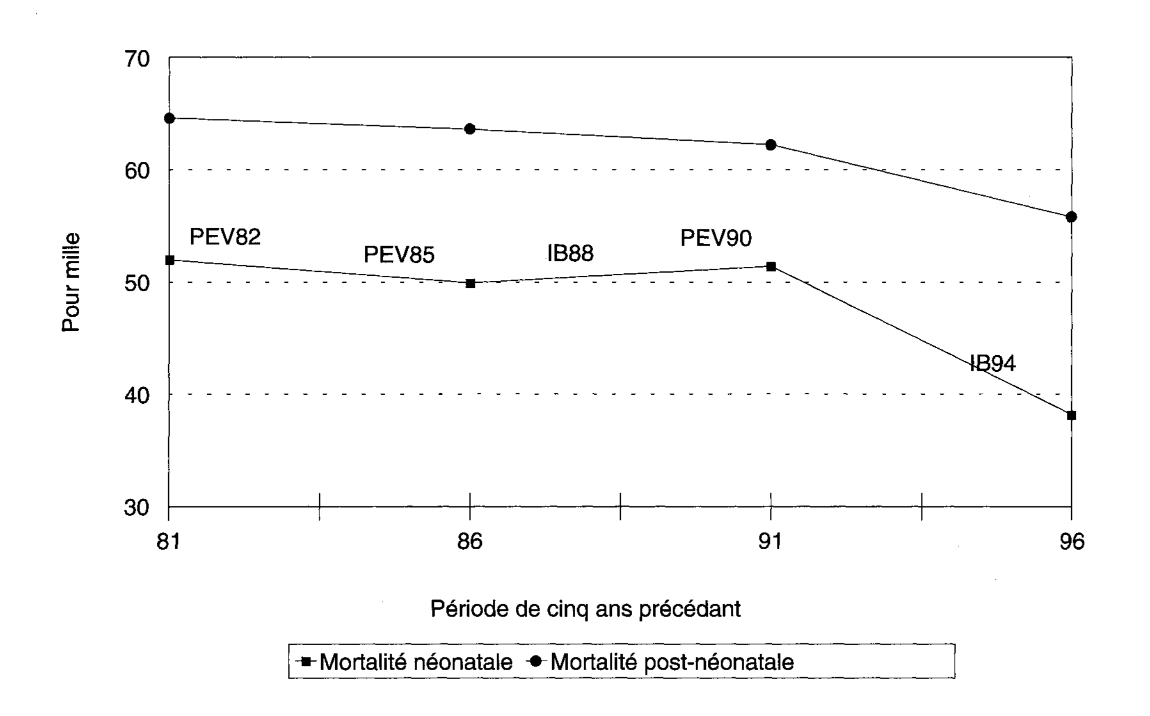
## 2.2 Le PEV et les Soins de santé primaire ont-ils influencé la mortalité post-néonatale?

Initié en 1982, le PEV a connu une réorganisation en 1985, suivie d'une intensification en 1990 (stratégies Avancées, nouveaux points fixes de vaccination, organisation de jour nées départementales de vaccination et développement d'actions inter sectorielles). La même décennie a vu la mise en place de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987-1988, mise en place qui s'est consolidée en 1994. Grâce à l'IB qui a

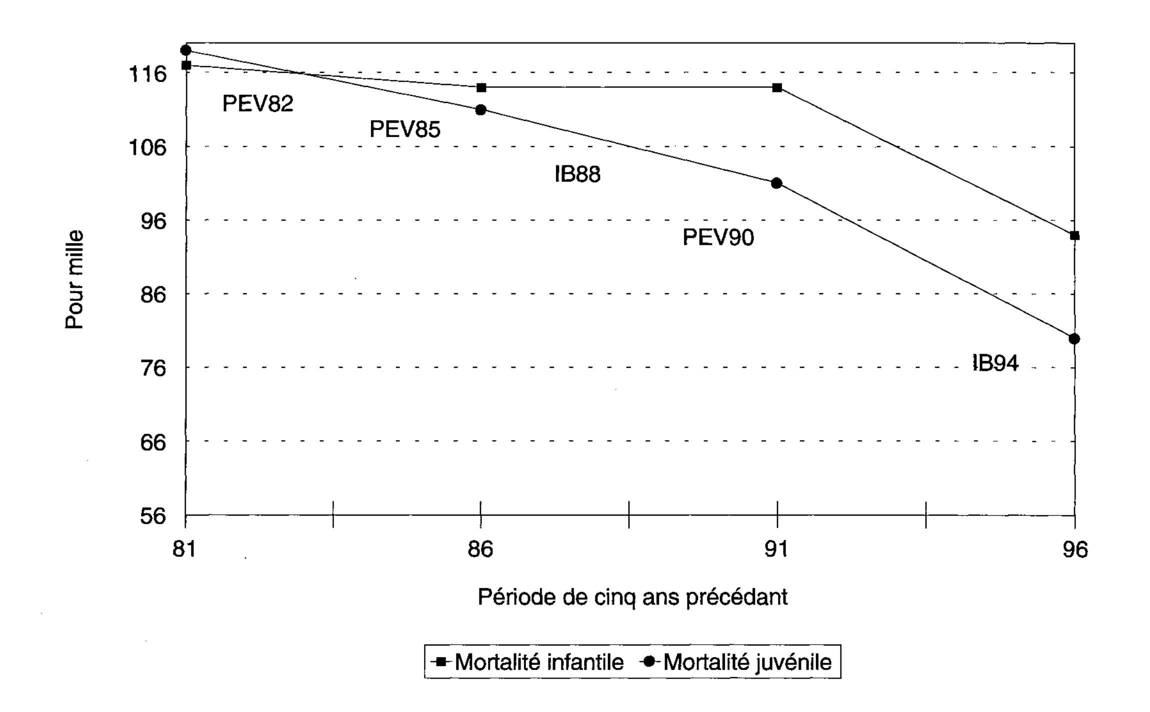
entraîné une augmentation de l'accessibilité aux prestations sanitaires et une intensification de la campagne de vaccination, on a assisté à l'accélération du PEV. Au cours de la même période, on a noté une nette amélioration de la couverture vaccinale qui, estimée à 20 % en 1987 (UNICEF, 1996a : 3), a atteint plus de 50 % dix ans après comme en témoignent les résultats de l'EDSB-I. On note également des progrès au niveau des soins prénatals et de l'assistance à l'accouchement par du personnel de santé (respectivement 80 % et 64 %)

Les progrès réalisés au niveau du PEV et des SSP semblent avoir eu un impact important sur la mortalité des enfants comme le montrent les résultats de l'EDSB-I. Avant l'initiation du PEV en 1982, la mortalité néonatale était estimée à 51 ‰ et la post-néonatale à 62 ‰. Dans les deux premières périodes quinquennales du PEV, même avec sa réorganisation en 1985, ces deux types de mortalité n'ont pratiquement pas changé. Ce n'est qu'à la troisième période quinquennale (soit quinze ans après l'initiation du PEV), suite à la mise en place de l'Initiative de Bamako (IB) et de sa consolidation et de l'intensification du PEV qu'on a observé une baisse substantielle de la mortalité néonatale (25 % contre 10 % pour la mortalité post-néonatale). Il a fallu quinze ans d'appui du PEV avec le soutien des SSP pour, enfin, obtenir une baisse substantielle de la mortalité néonatale. Au niveau de la mortalité juvénile, nous avons observé une baisse similaire à celle de la mortalité néonatale. Par contre, la mortalité post-néonatale n'a pas connu d'importantes variations par rapport à l'amélioration du PEV.

**Graphique 2.5 Evolution de la mortalité neonatale et post-neonatale durant les vingt dernières années, EDBS-I 1996**



## Graphique 2.6 Evolution de la mortalité infantile et juvénile durant les vingt dernières années, EDSB-I 1996




L'évaluation de l'efficacité des soins de santé primaires mis en œuvre dans le projet de Pahou[2] a également montré que la vaccination contre la rougeole avant le premier anniversaire a réduit de façon significative le risque de décès.

Le programme de PEV a, en effet, plus contribué à la réduction de la morbidité liée aux maladies du PEV durant la période juvénile (vaccination des enfants) et durant la période néonatale (VAT et autres soins prénatals) que durant la période post-néonatale où les autres maladies (paludisme, diarrhée, IRA et malnutrition) continuent d'affecter les enfants. Au cours des 20 dernières années, le rapport NN/MPN est, en effet, demeuré inférieur à 1, surtout au cours de la dernière période quinquennale au cours de laquelle la NN a connu une chute plus importante que celle de MPN. L'importante baisse de la mortalité néonatale observée au cours de la dernière période quinquennale peut être associée à l'amélioration des soins prénatals (consultations et VAT) et à une meilleure couverture sanitaire des accouchements. Cependant, l'amélioration des soins prénatals et des conditions d'accouchement était à elle seule insuffisante pour réduire substantiellement la mortalité post-néonatale en raison des niveaux élevés de morbidité. Ce résultat indique qu'en plus de la pérennisation du PEV et des SSP qui n'ont pas encore acquis un caractère irréversible, il importe d'encourager les programmes susceptibles de réduire la forte morbidité.

Toutefois, on ne saurait évaluer d'une manière précise le rôle du PEV sur la baisse de la mortalité néonatale. En effet, plus le programme est complexe et a une dimension nationale, plus il est difficile de l'introduire simultanément partout, et de déterminer la date exacte de son démarrage et de son impact sur la

---

[2] J. P. Velema, E. Alihonou, T. Gandaho et F. H. Hounye (1991) : Childhood mortality among users and non-users of primary fealth care in a rural west african community, International Journal of Epidemology, vol.20 n°2, p. 474-479.

mortalité. Dans certains cas, le programme est étalé sur plusieurs années dont il est difficile de séparer les effets des tendances à long terme. Au Bénin, les programmes du PEV et des SSP ont couvert l'ensemble du territoire national (UNICEF, 1996a). L'une des particularités du Bénin comparé aux autres pays de la sous-région est que, du point de vue de la couverture vaccinale, les différences sociales sont faibles. Dans la plupart des autres pays d'Afrique au Sud du Sahara, la couverture vaccinale chez les enfants du milieu urbain ou de mère instruite est de loin meilleure à celle des enfants du milieu rural ou de mère non instruite. Toutefois, l'amélioration de cette couverture vaccinale a peu réduit la mortalité post-néonatale.

## 2.3 Le Bénin dans le contexte de l'Afrique au Sud du Sahara

Comparé aux pays d'Afrique au Sud du Sahara ayant réalisé une EDS, le Bénin fait partie de ceux ayant les niveaux de mortalité les plus élevés. Son taux de mortalité infantile (TMI ou $_1q_0$) égal à celui du Burkina Faso, de la RCA et de Madagascar, n'est dépassé que par ceux du Niger et du Mali qui ont des TMI supérieurs à 120 ‰. Cependant, lorsqu'on regarde la situation vaccinale des pays ayant des niveaux de TMI similaires à celui du Bénin, on trouve qu'ils ont, par contre, une couverture vaccinale de loin inférieure à celle du Bénin. Au Burkina Faso, la couverture vaccinale dépasse à peine le tiers (35 %). Cependant, la vaccination des enfants semble avoir joué un rôle significatif durant la période juvénile pendant laquelle la mortalité des enfants béninois se différencie nettement de celle des enfants burkinabé (80 contre 103 ‰). Par contre, le Cameroun et la RCA, malgré une couverture vaccinale moins élevée que celle du Bénin, ont une mortalité juvénile moins élevée. En examinant les autres indicateurs de santé (suivi prénatal, lieu d'accouchement et assistance à l'accouchement), on constate que ces pays ont une couverture sanitaire moins bonne que celle du Bénin. Par contre, lorsqu'on examine la morbidité, il est clair que la situation du Bénin est, cette fois-ci, moins bonne, surtout en ce qui concerne sa prévalence élevée des maladies diarrhéiques et de la fièvre. En ce qui concerne ce dernier symptôme de morbidité, le Bénin se caractérise par la prévalence la plus forte parmi tous les pays de la sous-région ayant réalisé une EDS. De ce point de vue, la situation de la Namibie est semblable à celle du Bénin; cependant, avec une couverture vaccinale similaire, la mortalité juvénile de ce pays est 3 fois inférieure à celle du Bénin.

Tableau 2.2 Indicateurs sanitaires par pays

| Pay | $_1q_0$ pour 1000 | $_4q_1$ pour 1000 | $_5q_0$ pour 1000 | Soins Prénatals (%) | Vaccin antitéta-nique (%) | Accouche-ment (établisse-ment de santé) (%) | Vacci n (tous) (%) | Diarrhée (%) | IRA (%) | Fièvre (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bénin | 94 | 80 | 167 | 78 | 73 | 64 | 56 | 26 | 16 | 54 |
| Burkina Faso | 94 | 103 | 187 | 58 | 64 | 43 | 35 | 20 | 11 | 35 |
| Cameroun | 65 | 66 | 126 | 73 | 70 | 64 | 41 | 18 | 8,8 | 23 |
| RCA | 97 | 67 | 157 | 67 | 70 | 50 | 37 | 23 | 28 | 35 |
| C. Ivoire | 89 | 67 | 150 | 83 | 75 | 45 | 41 | 21 | 14 | 44 |
| Kenya | 62 | 37 | 96 | 95 | 90 | 34 | 79 | 14 | 18 | 42 |
| Madagascar | 93 | 77 | 163 | 78 | 59 | 45 | 43 | 12 | 16 | 27 |
| Malawi | 134 | 115 | 234 | 90 | 86 | 57 | 82 | 22 | 15 | 41 |
| Mali | 123 | 131 | 238 | 47 | 52 | 30 | 32 | 25 | 15 | 39 |
| Namibie | 57 | 28 | 83 | 87 | 62 | 67 | 58 | 21 | 18 | 34 |
| Niger | 123 | 223 | 318 | 30 | 25 | 16 | 17 | 28 | 11 | 45 |
| Nigeria | 87 | 115 | 192 | 57 | 54 | 31 | 30 | 18 | 6.7 | 33 |
| Ghana | 66 | 57 | 119 | 76 | 78 | 42 | 55 | 20 | 10 | 28 |
| Ouganda | 81 | 72 | 147 | 91 | 80 | 35 | 47 | 24 | 27 | 46 |
| Sénégal | 68 | 68 | 131 | 74 | 71 | 47 | 49 | 21 | 14 | 38 |
| Tanzanie | 92 | 55 | 141 | 62 | 90 | 53 | 71 | 13 | 8,2 | 31 |
| Zambie | 107 | 94 | 191 | 92 | 81 | 51 | 67 | 23 | 13 | 44 |
| Zimbabwé | 53 | 26 | 77 | 93 | 83 | 69 | 80 | 24 | 25 | 40 |

Ce constat corrobore le fait que la forte prévalence de maladies autres que celles du PEV constitue, au Bénin, le principal facteur qui maintient la mortalité post-néonatale à un niveau élevé malgré la performance des programmes du PEV et des SSP. Cette situation est similaire à celle du Malawi et de la Zambie qui, malgré une couverture vaccinale de respectivement 82 % et de 67 %, font partie des pays dont la mortalité infantile dépasse 100 ‰. Le cas de ces deux pays, et surtout du Malawi, illustre clairement le fait que le PEV, à lui seul, est insuffisant pour faire baisser la mortalité infantile. La pauvreté, avec pour corollaire une forte morbidité, constitue l'un des principaux facteurs de la mortalité qu'un programme de PEV seul ne peut éradiquer.

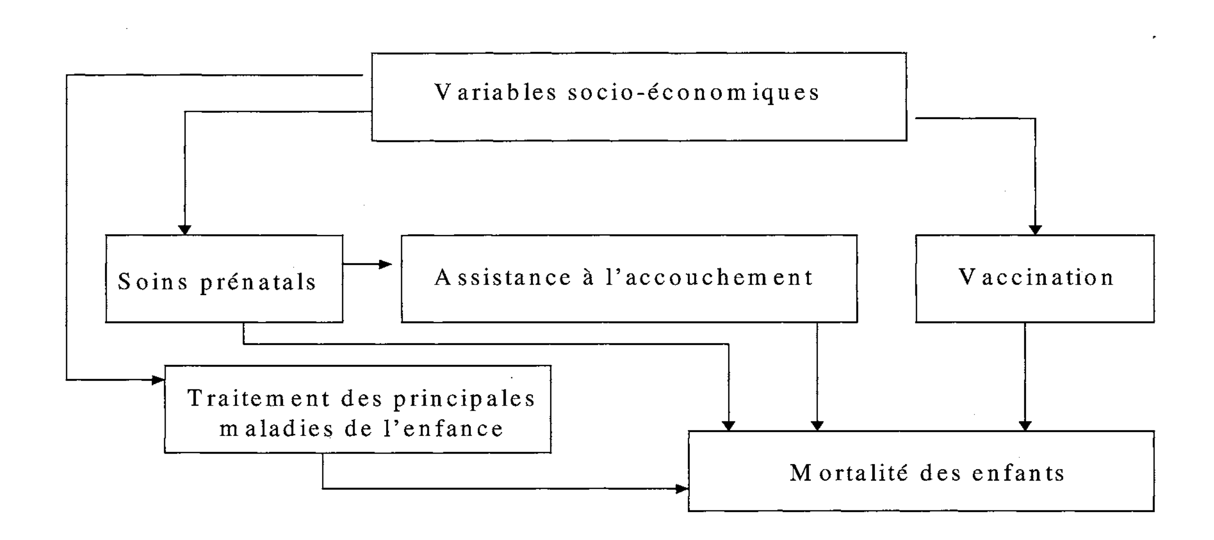
Nous allons maintenant évaluer le rôle des variables sanitaires, socio-économiques et démographiques sur la mortalité sur la mortalité post-néonatale et néonatale.

# CHAPITRE 3
# FACTEURS DE SURMORTALITÉ POST-NÉONATALE

L'application du modèle de Mosley et Chen (1984) nous aidera à mieux identifier les facteurs de surmortalité post-néonatale au Bénin. L'identification de ces facteurs permettra d'élaborer une stratégie d'amélioration de la santé des enfants, en particulier durant la période postnéonatale (1-12 mois).

## 3.1 Cadre analytique

Reprenant la hiérarchie établie par Davis et Blake (1956) pour expliquer les différentiels de fécondité d'une société à l'autre, Mosley et Chen (1984) ont regroupé les facteurs pouvant affecter le niveau de mortalité des enfants en deux groupes : d'une part, les déterminants proches, ou variables intermédiaires et d'autre part, les facteurs socio-économiques. D'après Mosley et Chen (1984), les déterminants proches de la mortalité sont définis comme les mécanismes de base communs à toutes les maladies et par lesquels tous les déterminants socio-économiques doivent agir. Ces déterminants, comme le souligne Tabutin (1992), relèvent du biologique, de l'environnement physique, de l'économique (revenu, niveau de vie, etc.) ou encore du culturel (les conceptions étiologiques des maladies, les comportements et pratiques spécifiques à chaque société).




Dans le cadre de notre étude, les multiples facteurs qui agissent sur la mortalité seront regroupés selon les caractéristiques socio-démographiques de la mère (niveau d'instruction, milieu de résidence, milieu de socialisation, ethnie, religion, etc.), biologiques (intervalle intergénésique, rang de naissance, etc.), comportementales (allaitement, nutrition, vaccination, visites prénatales, lieu d'accouchement, etc.), économiques (activités de la femme et de son conjoint, etc.) et environnementales (lieux d'aisance, approvisionnement en eau, mode d'évacuation des ordures, etc.).

## 3.2 Technique statistique d'analyse : la régression de Cox

Les résultats qu'on obtient à partir des tableaux croisés décrivent uniquement les écarts de mortalité d'un groupe à l'autre, mais ne déterminent pas l'origine des différences. Par exemple, les résultats de l'EDSB-I indiquent que la mortalité néonatale et post-néonatale des enfants de mères instruite est inférieure à celle des enfants de mère non instruite, mais ne fournissent pas les raisons de telles différences. Celle-ci peuvent être associées à des facteurs dits intermédiaires par lesquels l'instruction de la mère influence la mortalité comme elles peuvent aussi être liées à d'autres facteurs qui créent des conditions de moindre mortalité lorsque la mère est instruite. Ce même schéma est valable en ce qui concerne les différences de mortalité observée selon le milieu de résidence (urbain/rural) et selon le département de résidence. Pour l'évaluation de l'origine des écarts, nous allons utiliser une technique statistique d'analyse multivariée qui permet de décomposer les effets d'un facteur explicatif sur un facteur dépendant en terme d'effets directs et indirects. Avant de présenter les résultats de l'analyse, nous allons présenter la technique statistique d'analyse utilisée ainsi que ses limites.

Pour tester l'incidence des variables de santé, des variables socio-culturelles, environnementales et économiques sur la variation de la mortalité néonatale, post-néonatale et juvénile au Bénin, nous allons utiliser la régression de Cox. Ce choix est motivé par le fait que les décès s'observent dans le temps.

La réalisation de certains événements, en l'occurrence la mortalité post-néonatale, peut être examinée de façon dynamique dans le temps tout en recherchant les facteurs qui agissent sur elles. Aussi, est-il important de signaler que lorsque l'événement survient, l'individu sort du champ de l'observation. Donc, par rapport à son entrée c'est-à-dire sa naissance et sa sortie (sa mort), il serait intéressant d'identifier les facteurs qui expliquent le niveau des indicateurs ainsi que leur variation dans le temps.

Le modèle auquel nous avons recouru est celui de Cox. Ce modèle permet de réaliser l'analyse des durées de vie puisqu'il combine des tables de survie et l'analyse de régression. Le principe de la table de survie consiste à calculer pour chaque enfant la probabilité qu'il décède à un âge donné. Donc, en tant qu'une table de survie, elle permettra de décrire le phénomène à expliquer en tenant compte du temps de leur survenance. En d'autres termes, il s'agit de la distribution des événements en fonction du temps ou de la distribution du temps qui sépare le passage d'un état à un autre. L'intérêt d'une telle table est qu'elle permet d'utiliser toutes les données et même d'extraire des informations des histoires incomplètes.

La variable dépendante dans le modèle de Cox a deux composantes : l'événement qui se produit et le temps mis pour que celui-ci se produise. Ce temps introduit un aléa dans la réalisation de l'événement. Cet aléa est une fonction de hasard h(t) qui devient la variable dépendante fondamentale du modèle.

La régression de Cox est un modèle semi-paramétrique et sa fonction de hasard proportionnel a pour expression :

$H(t) = h_0 (t) \text{ Exp } (X\beta)$ où :

$h_0$ est la fonction de hasard de base (qui est indéterminée);
t, la durée pour que l'événement se produise;
X, la matrice des variables explicatives;
$\beta$ la matrice des coefficients de régression à déterminer par la méthode de vraisemblance.

Le modèle fournit des résultats qui s'interprètent comme dans le cas du modèle Logit. L'adéquation globale du modèle s'apprécie à partir de la probabilité critique de la statistique du KHI carré que fournit la régression. Lorsque cette probabilité critique est inférieure au seuil de confiance fixé (1 %, 5 % ou 10 %), le modèle peut être accepté. Tout comme pour le test global, le coefficient de régression de chaque variable est accepté si la probabilité critique correspondante est inférieure au seuil de confiance retenu.

Lorsque la valeur du coefficient β est négative, alors l'événement se produit moins rapidement par rapport au groupe de référence en présence de variable explicative associée. En terme de durée de vie, cela signifie que l'on met plus de temps à espérer que l'événement se produise. C'est le contraire si le coefficient est positif.

Les résultats qui seront commentés dans cette étude sont de deux ordres : ceux de l'analyse bivariée et ceux de l'analyse multivariée. Les résultats de l'analyse multivariée sont consignés dans un tableau synthétique. La démarche analytique consistera à commenter dans un premier temps les effets bruts des facteurs sur chaque variable dépendante, à savoir mortalité néonatale et mortalité post-néonatale. Dans un second temps, nous procéderons à la comparaison des effets nets de chaque facteur sur les composantes du modèle de mortalité néonatale et post-néonatale.

## 3.3 Interprétation des résultats

**Facteurs biologiques associés aux comportement en matière de reproduction**

Comme l'ont montré plusieurs études, les caractéristiques biologiques de la mère telles que l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le rang de naissance de l'enfant et les intervalles intergénésiques ainsi que le poids de l' enfant à la naissance exercent, de façon indépendante, une influence sur la survie de l'enfant (Nortman 1974; Jelliffe et Jeliffe, 1978; Trussel et Pebley, 1984; Hobcraft et Rustein, 1985; Barbieri, 1991).

Les résultats de l'EDSB-I montrent que les naissances de mères adolescentes ou d'intervalle de naissances court ont un risque plus élevé de décéder que les autres enfants. En ce qui concerne ces deux variables du comportement de la mère en matière de reproduction, les résultats de l'EDSB-I ont montré que les enfants de mères adolescentes (âge inférieur à 20 ans) courent un risque relatif de 1,7 comparé aux enfants de mères âgées de 20-29 ans (62 ‰ contre 36 ‰). L'immaturité des jeunes mères, que ce soit sur le plan biologique ou comportemental peut, en effet, être un facteur de naissance à haut risque (Mudubu, 1996)[3]. En effet, la mortalité néonatale est une composante importante de la mortalité infantile et dépend considérablement des maladies et malformations congénitales ainsi que du traumatisme de l'accouchement. Des études réalisées en Afrique ont montré que la prévalence de l'anémie ferriprive atteint des proportions de 30 % chez les adolescentes. Une grossesse peut épuiser les réserves en fer de la mère et conduire alors à un accouchement prématuré et à la mort du foetus. L'immaturité physiologique des adolescentes entraînant une prématurité et/ou un faible poids de l'enfant à la naissance, contribue à l'accroissement de la mortalité néonatale des enfants. Par ailleurs, l'hypertension gravidique (pré-éclampsie, toxémie ou, en cas de crise, éclampsie ou encore hypertension artérielle) se produit très souvent chez les jeunes mères, les adolescentes qui attendent leur premier enfant.

Après l'âge de 30 ans, on observe une augmentation de la mortalité néonatale qui atteint son maximum chez les femmes âgées de 40 ans ou plus (63 ‰). Les enfants de ces femmes courent un risque de mortalité néonatale aussi élevée que les enfants de mère adolescente (âgée de moins de 20 ans). Cependant les raisons de la surmortalité néonatale lorsque la mère est trop âgée sont différentes de celles évoquées dans le cas de mère trop jeune. Chez les enfants des mères trop âgées (40 ans ou plus), et donc plus expérimentées, le risque élevé de mortalité infantile qu'on observe s'explique essentiellement par l'affaiblissement physiologique des mères du fait du vieillissement, des accouchements répétés et rapprochés.

---

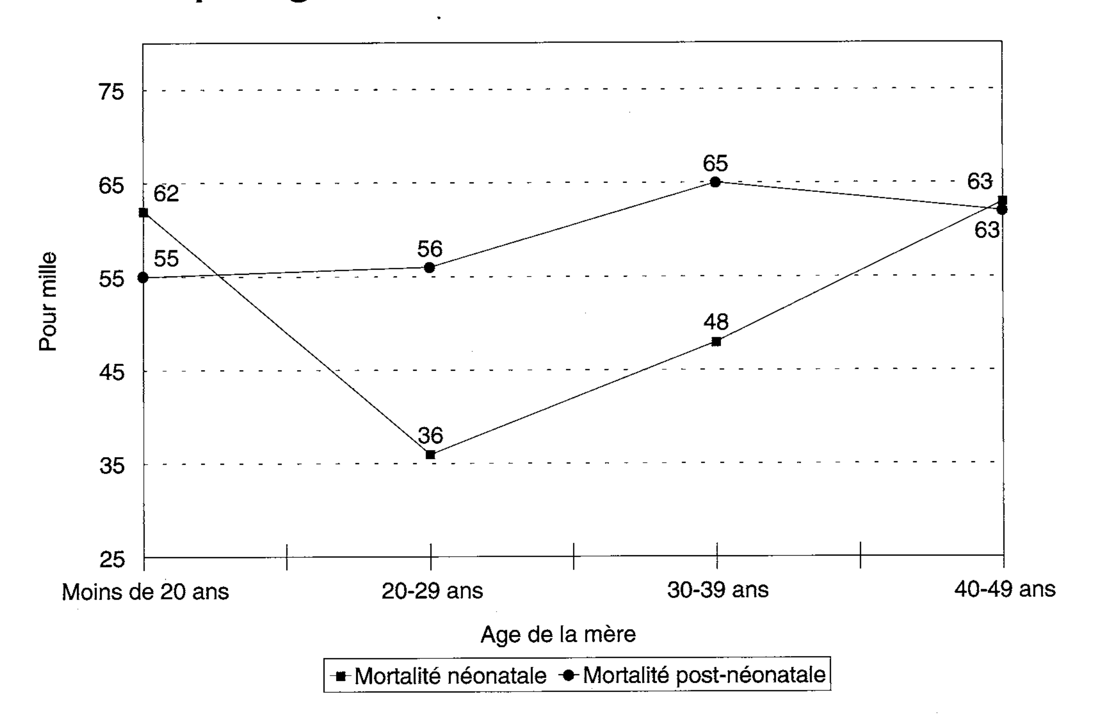
[3] Mudubu K. L. (1996) : Mortalité infantile et juvénile au Togo : contribution des facteurs socio-économiques et culturels, IFORD, 85 pages.

Tableau 3.1 Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile et rapport de risque par caractéristiques, EDSB-I 1996

| Caractéristiques | Mortalité infantile ($_1q_0$) pour 1000 | Mortalité néonatale (MN) pour 1000 | Mortalité post-néonatale (MPN) pour 1000 | Rapport de risque de $_1q_0$ | Rapport de risque de MN | Rapport de risque de MPN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Âge de la femme** | | | | | | |
| Moins de 20 ans | 116,7 | 61,6 | 55,1 | Ref. | Ref. | Ref. |
| 20-29 ans | 92,3 | 36,2 | 56,1 | 0,79*** | 0,59*** | 1,02 |
| 20-39 ans | 113,2 | 48,1 | 65,1 | 0,97 | 0,78** | 1,18 |
| 40-49 ans | (125,1) | (62,7) | 62,3 | 1,07 | 1,02 | 1,13* |
| **Rang de naissance** | | | | | | |
| 1 | 105,3 | 53,9 | 51,4 | Ref. | Ref. | Ref. |
| 2-4 | 88,4 | 37,2 | 51,2 | 0,84* | 0,69** | 1,00 |
| 5-6 | 102,1 | 39,5 | 62,6 | 0,97 | 0,73** | 1,22** |
| 7 ou plus | 136,9 | 57,3 | 79,6 | 1,30** | 1,06 | 1,55*** |
| **Intervalle avec la naissance précédente** | | | | | | |
| Moins de 2 ans | 142,2 | 67,3 | 74,9 | Ref. | Ref. | Ref. |
| 2-3 ans | 94,9 | 34,9 | 60,1 | 0,67*** | 0,52*** | 0,80** |
| 4 ans ou plus | 72,9 | 33,1 | 39,8 | 0,51*** | 0,49*** | 0,53*** |
| **Soins prénatals et assistance à l'accouchement** | | | | | | |
| Ni l'un ni l'autre | (116,2) | (59,2) | 57,0 | Ref. | Ref. | Ref. |
| L'un ou l'autre | 80,5 | 34,5 | 46,0 | 0,69** | 0,58*** | 0,81* |
| Les deux | 70,8 | 33,0 | 37,7 | 0,61*** | 0,56*** | 0,86* |
| **Milieu de résidence** | | | | | | |
| Urbain | 84,4 | 40,5 | 43,9 | 0,75** | 0,87* | 0,67** |
| Rural | 112,3 | 46,4 | 65,9 | Ref. | Ref. | Ref. |
| **Département** | | | | | | |
| Atacora | 122,0 | 44,2 | 77,9 | 1,17* | 0,74** | 1,76*** |
| Atlantique | 81,2 | 43,3 | 37,9 | 0,78** | 0,72** | 0,86* |
| Borgou | 116,9 | 44,6 | 72,3 | 1,12* | 0,75** | 1,64*** |
| Mono | 104,0 | 59,8 | 44,2 | Ref. | Ref. | Ref. |
| Ouémé | 87,6 | 30,7 | 56,9 | 0,84* | 0,51*** | 1,29* |
| Zou | 102,3 | 45,6 | 56,7 | 0,98 | 0,76** | 1,28* |
| **Niveau d'instruction de la mère** | | | | | | |
| Aucun | 108,4 | 46,3 | 62,1 | Ref. | Ref. | Ref. |
| Primaire | 94,0 | 41,3 | 52,8 | 0,87* | 0,89 | 0,85 |
| Secondaire ou plus | (49,9) | (26,3) | 23,7 | 0,46** | 0,57** | 0,38*** |
| **Approvisionnement en eau** | | | | | | |
| Robinet | 96,5 | 54,2 | 42,3 | Ref. | Ref. | Ref. |
| Puits/forage | 100,7 | 39,2 | 61,6 | 1,04 | 0,72** | 1,46** |
| Autre | 114,9 | 45,9 | 69,0 | 1,19* | 0,85** | 1,63** |
| **Type de toilettes** | | | | | | |
| Latrines couvertes | 66,7 | 34,9 | 31,8 | 0,60** | 0,75** | 0,49*** |
| Latrines non couvertes | 91,0 | 40,2 | 50,8 | 0,82 | 0,86** | 0,79** |
| Autres | 110,9 | 46,6 | 64,3 | Ref. | Ref. | Ref. |
| **Ethnie** | | | | | | |
| Adja | 97,3 | 55,5 | 41,7 | Ref. | Ref. | Ref. |
| Fon | 93,6 | 41,9 | 51,7 | 0,96 | 0,75 | 1,24 |
| Autres | 112,7 | 43,4 | 69,4 | 1,16 | 0,78 | 1,66 |
| **Religion** | | | | | | |
| Traditionnelle/Aucune | 117,9 | 52,0 | 65,9 | Ref. | Ref. | Ref. |
| Musulmane | 108,6 | 44,0 | 64,6 | 0,92 | 0,85 | 0,98 |
| Chrétienne | 86,6 | 37,7 | 48,9 | 0,73* | 0,73* | 0,74* |

Cependant, en ce qui concerne la mortalité post-néonatale, les enfants de mère adolescente courent un risque pratiquement égal à celui des enfants de mère âgée de 20-29 ans. Ce sont plutôt les enfants de mère âgée de 30 ou plus qui courent un risque un peu plus élevé (supérieur à 60 ‰).

## Graphique 3.2 Evolution de la mortalité néonatale et post-néonatale par âge de la mère à l'accouchement, EDSB-I 1996

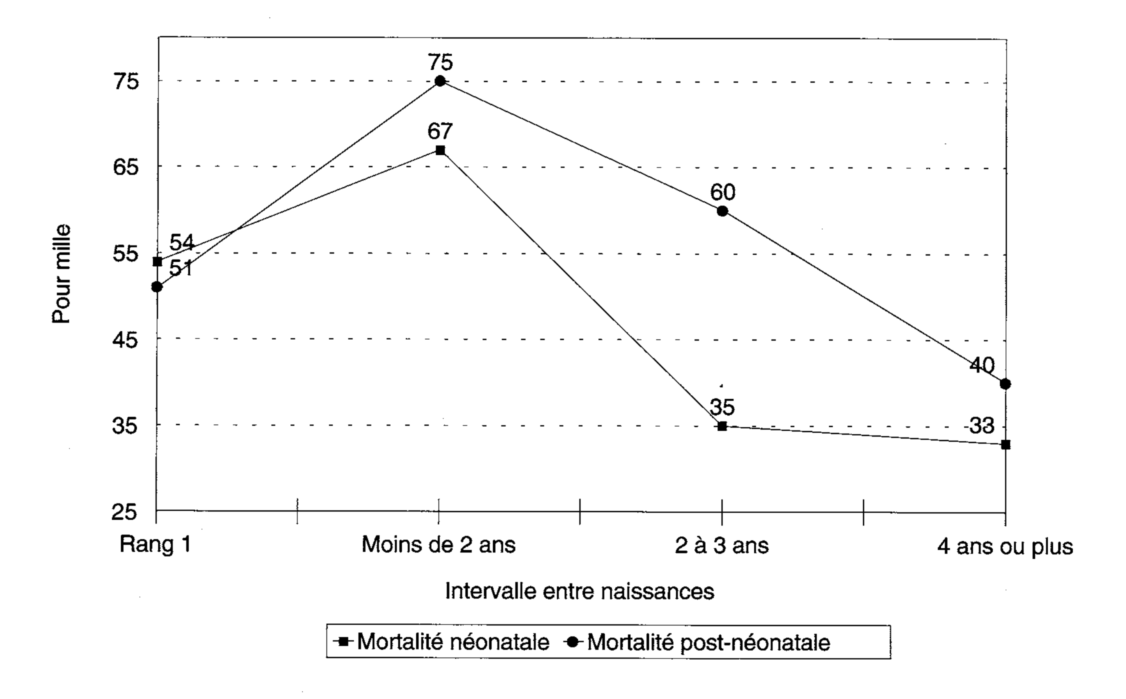



En ce qui concerne le rang de naissance, son effet est pratiquement similaire à celui de l'âge de la femme. Les naissances de rang un et de rang sept se caractérisent par une mortalité néonatale plus importante que celles de rang supérieur (de 2 à 6). Par contre, au niveau de la mortalité post-néonatale, les naissances de rang un comme de celles de rang 2-4 courent un risque moindre par rapport à celles de rang plus élevé.

En somme, la précocité de la reproduction et son prolongement à un âge tardif, ayant pour corollaire une descendance élevée, contribuent considérablement à l'accroissement de la mortalité néonatale. Trussel et Pebley (1984) ont montré que, si toutes les naissances étaient concentrées entre 20 et 35 ans et si les femmes n'avaient pas plus de 5 enfants, il y aurait une réduction de la mortalité infantile de 9 à 16 %.

Si les effets de l'âge de la femme et du rang de naissance sont plus concentrés au niveau néonatal, les intervalles entre naissance courts contribuent significativement à l'accroissement, aussi bien de la mortalité néonatale que post-néonatale. La mortalité néonatale est pratiquement multipliée par deux lorsque les intervalles sont courts (inférieur a 24 mois) par rapport aux intervalles supérieurs a 23 mois. Au niveau post-néonatal, on observe également que les enfants nés moins de 24 mois après leur aîné courent près de deux fois plus de risque de décéder (1,9) avant l'âge d'un an que ceux nés 4 ans après leur aîné. Le fait qu'un intervalle entre naissances court augmente autant la mortalité néonatale que post-néonatale a été observé dans la plupart des pays ayant réalisé une EDS.

## Graphique 3.3 Evolution de la mortalité néonatale et post-néonatale par intervalle entre naissances, EDSB-I 1996




De même, les naissances de petite taille (selon l'appréciation de la mère) courent un risque plus d'une fois et demie plus élevé que celui des naissances de taille moyenne ou grosse, cela aussi bien au niveau de la période néonatale (59 ‰ contre 32 ‰) qu'au niveau de la période post-néonatale (60 ‰ contre 38 ‰)

**Soins prénatals et assistance à l'accouchement**

Elles englobent toutes les dispositions destinées à assurer la santé de l'enfant dont l'alimentation, la vaccination, les visites prénatales et le lieu d'accouchement, etc. Dans le cadre de l'EDSB-I, les informations sur les soins post-natals n'ont concerné que les enfants survivants. Ainsi, s'avère-t-il impossible de mesurer leur impact sur les décès. Par contre, les soins prénatals (visites prénatales, vaccination antitétanique, lieu d'accouchement et assistance à l'accouchement) ont concerné toutes les naissances; leurs effets sur la mortalité seront examinés. Compte tenu de leur mutlicollinéarité, un indice composite a été utilisé qui résume, à la fois, les soins reçus au moment de la grossesse et ceux reçus au moment de l'accouchement. Une analyse comparative des EDS Bicego et Ahmad (1996) ont fait part de la situation observée dans les pays en développement où l'accès aux services sanitaires n'est pas encore généralisé pour montrer que pendant les cinq premières années, la répartition de la mortalité par âge est fortement influencée par les principales causes de mortalité. Par exemple, dans les régions où le tétanos néonatal demeure un problème de santé publique, l'utilisation des soins prénatals et des services d'accouchement est faible, la mortalité durant les premières semaines de vie est élevée. De plus, si la couverture vaccinale est faible, la pauvreté et la malnutrition répandues, la mortalité due à la rougeole est élevée, notamment autour du premier anniversaire.

Lorsque la mère a effectué des visites prénatales ou a accouché avec l'assistance du personnel de santé, son enfant court un risque de décéder plus d'une fois et demie moins élevé avant l'âge d'un 1 mois que celui dont la mère n'a effectué aucune visite prénatale, ou que celui dont la mère n'a pas été assistée par du personnel

de santé au moment de l'accouchement (35 ‰ contre 59 ‰). Cependant, au niveau post-néonatal, les différences sont moins importantes (46 ‰ contre 57 ‰). Pour cette période, on observe une mortalité nettement moindre que lorsque la mère a bénéficié aussi bien de soins prénatals que d'assistance à l'accouchement (38 %) L' amélioration des soins prénatals a moins affecté la mortalité post-néonatale que néonatale car les enfants de 1-11 mois sont exposés à des facteurs externes que sont les maladies diarrhéiques, les IRA, le paludisme et la malnutrition.

**Caractéristiques environnementales**

Les caractéristiques environnementales agissent sur la survie de l'enfant par la transmission des agents infectieux. Barbieri distingue quatre voies principales : l'air (pour les maladies respiratoires), la nourriture, l'eau et les doigts (pour les maladies intestinales dont la diarrhée), la peau, le sol et les objets inanimés (infection de la peau et tétanos) et les insectes (vecteurs de plusieurs maladies parasitaires et virales). Les variables environnementales retenues ici sont l'approvisionnement en eau et les toilettes. Souvent, la catégorisation de ces variables est sujette à controverse. Certaines comme l'approvisionnement en eau sont classées dans l'économique. On peut ici, affirmer qu'avec le développement des infrastructures communautaires, la disponibilité en robinet, puits ou autres matériels n'est plus nécessairement liée aux capacités économiques d'un ménage.

Les données de l'EDSB-I montrent que l'existence d'eau potable et/ou de latrines couvertes réduit considérablement la mortalité post-néonatale. Lorsque le ménage dispose de l'eau potable, les décès post-néonatals sont moindres (moins de la moitié de ceux dans un ménage qui ne dispose pas d'eau potable). De même, la possession de toilettes adéquates (latrines couvertes) réduit la moitié post-néonatale au tiers de son niveau dans les ménages sans toilette ou possédant uniquement des latrines non couvertes. Cette réduction passe par une moindre prévalence des maladies diarrhéiques et des IRA. Cependant, la mortalité néonatale ne varie pratiquement pas selon la qualité de l'eau ou des toilettes.

**Caractéristiques socio-démographiques**

La plupart des études menées sur les déterminants de la mortalité des enfants ont montré une corrélation entre le niveau d'instruction de la mère, sa religion, son ethnie, son milieu de résidence et le niveau de la mortalité des enfants.

**Département de résidence**

À l' exception du Mono (60 ‰) et de l'Ouémé (31 ‰), la mortalité néonatale ne varie pratiquement pas au niveau des autres départements (un peu plus de 40 ‰). En ce qui concerne, la mortalité post-néonatale, on constate qu'elle est plus importante dans l'Atacora et le Borgou (respectivement 78 ‰ et 72 ‰) que dans les autres départements, en particulier l'Atlantique (38 ‰), suivi du Mono (44 ‰). Les deux départements, l'Ouémé et le Zou, ont le même niveau de mortalité post-néonatale (57 ‰).

La surmortalité post-néonatale observée dans l'Atacora et le Borgou est le résultat du faible niveau de développement de ses départements. On observe dans ces départements que peu de ménages disposent de latrines couvertes et d'eau potable, deux variables qui contribuent considérablement à la baisse de la morbidité post-néonatale.

**Milieu de résidence et niveau d'instruction**

Pratiquement toutes les études sur la mortalité ont mis en exergue l'importance du niveau d'instruction de la mère ou des parents sur la mortalité des enfants. Pour Caldwell (1979, 1986), parmi les variables étudiées, c'est le niveau d'instruction de la mère qui a le plus grand impact sur la mortalité des enfants. Plus la mère est instruite, plus le niveau de la mortalité des enfants est faible. Selon Caldwell (1979), le mécanisme d'action de l'instruction est multiple. En effet, il favorise le rejet de certains comportements normatifs traditionnels néfastes à la survie de l'enfant et permet à la mère de prendre des dispositions efficaces pour les soins à donner à l'enfant. Ainsi une mère instruite est en mesure de rompre avec la tradition et devient de ce fait moins fataliste (T. Venkatacharya, 1986).

Cependant, l'impact du niveau d'instruction varie considérablement selon les pays et l'âge de la mère (Akoto et Tabutin, 1989). Au Bénin, les différences de mortalité, surtout durant la période post-néonatale, sont particulièrement importantes lorsque la mère atteint, au moins, le niveau d'instruction secondaire. Au cours de la période post-néonatale, les enfants nés de mère ayant, au moins, le niveau d'instruction secondaire courent un risque de décéder plus de deux fois moins élevé que celui des enfants de mère non instruite et que ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire (24 ‰ contre, respectivement, 62 ‰ et 53 ‰). Au niveau néonatal, les différences sont moins importantes (26 ‰ contre, respectivement, 46 ‰ et 41 ‰).

En ce qui concerne le milieu de résidence, les différences ne sont importantes qu'au niveau de la période post-néonatale (44 ‰ en milieu urbain contre 66 ‰ en milieu rural). Au niveau néonatal, les risques de décéder sont pratiquement égaux entre les deux milieux (41 ‰ en milieu rural contre 46 ‰ en milieu rural).

Au niveau néonatal, une fois les effets des variables de comportement reproductif et prénatal isolés, les différences de fécondité selon l'instruction de la mère et l'urbanisation deviennent négligeables. Ceci signifie que les faibles niveaux de la mortalité néonatale des enfants de mère instruites ou vivant en milieu urbain s'expliquent essentiellement par le recul de la précocité de la fécondité, d'une part et par un meilleur suivi des grossesses. Au niveau post-néonatal, cette situation s'explique par les meilleures conditions de vie des ménages: disposition d'eau potable courante, de latrines, etc. Ces enfants sont, en effet, moins touchés par les maladies diarrhéiques, les IRA, le paludisme et la malnutrition.

**Ethnie et religion de la mère**

L'ethnie joue un rôle non négligeable dans la différence de la mortalité des enfants et agit davantage à travers les croyances, les perceptions, les attitudes et le modèle culturel que véhicule chaque ethnie. Dans chaque ethnie, il existe des interdits alimentaires pour la femme enceinte et les enfants de moins de cinq ans. Selon Akoto (1993), l'ethnie influence la mortalité des enfants par l'intermédiaire des modèles culturels, des normes, des croyances, des idées et des attitudes qui sont véhiculés par les individus et la société.

Les facteurs culturels tels que la religion et l'ethnie sont d'une grande importance pour la mortalité des enfants (Akoto E., 1993). Les perceptions et les attitudes varient suivant la religion. Ainsi les parents de religion chrétienne recourent plus volontiers à la médecine occidentale que les autres (Akoto E., 1985). C'est ainsi qu'au Kenya, les enfants de parents protestants ont un niveau de mortalité plus faible que celui des enfants nés de parents musulmans. De plus, l'influence de la religion s'exerce à travers les pratiques d'allaitement et de sevrage, les croyances vis-à-vis de la mort et le traitement des maladies (Rakotondrabe, 1996).

Au Bénin, la mortalité néonatale ne varie pratiquement pas selon le groupe ethnique ou la religion. Cependant, on note que les décès néonatals sont moins importants chez les ethnies du Nord que du Sud, et chez les femmes musulmanes que chrétiennes. Ces différences semblent, toutefois, refléter celles observées au niveau départemental. Ces résultats montrent qu'on peut rapprocher le social de l'économique et parler de caractéristiques socio-économiques à l'instar du socioculturel.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de notre étude ont montré que la surmortalité post-néonatale s'explique par le fait que les enfants béninois vivent dans un environnement à forte morbidité. Près des trois quarts d'entre eux souffrent de la diarrhée, des IRA, de la fièvre ou de la malnutrition (insuffisance pondérale). Cette forte morbidité s'explique, entre autres, par l'introduction précoce d'aliments de complément chez les enfants de moins de 4 mois et les pratiques alimentaires inadéquates chez les enfants de plus de 4 mois. En outre, les meilleures conditions environnementales (disposition d'eau potable courante et de latrines couvertes) sont déterminantes dans l'explication de la réduction de la morbidité. Au niveau du comportement reproductif, la fécondité précoce, voire les mères adolescentes, les intervalles de naissances courts (inférieurs à 24 mois) contribuent à l'accroissement de la morbidité. Ces résultats montrent que la stratégie de lutte contre la forte morbidité devra passer en dehors des hôpitaux, au niveau des individus, des ménages et des communautés, et être plus préventive que curative. Cependant, les effets de la plupart des interventions ne peuvent se réaliser dans un court terme. Par exemple, la généralisation de l'eau potable courante et des latrines, le changement de comportement reproductif ne peuvent être réalisés dans un programme à court terme et avoir un effet immédiat sur la mortalité. Toutefois, dans un processus de long terme, ces facteurs pourront contribuer considérablement à la baisse de la mortalité des enfants.

Toutefois, il serait difficile, sans statistiques très fiables sur les causes de décès, de savoir de combien il faut réduire la morbidité liée à une maladie pour réaliser un impact réducteur sur la mortalité. Car une maladie peut être la principale cause d'un décès comme elle peut agir en synergie avec d'autres maladies pour agir sur la mortalité. Elle s'inscrit plus dans le cadre d'un processus chronique de maladies avec des origines multiples que dans celui d'un phénomène à une seule cause aiguë. Seule l'existence de statistiques sanitaires hautement fiables permet, dans cette complexité de relations, d'évaluer l'impact possible de la réduction de la prévalence d'une maladie sur la baisse de la mortalité des enfants.

**Promotion de l'allaitement exclusif chez les enfants de moins de 4 mois**

L'introduction précoce de l'eau, d'autres liquides ou des aliments contribue à l'augmentation de la prévalence des maladies diarrhéiques. Par ailleurs, les enfants exclusivement allaités semblent bénéficier d'une situation immunitaire meilleure que celles des autres, notamment à l'égard des IRA et de la fièvre. Le programme de **promotion d'allaitement maternel exclusif** jusqu'à l'âge de 4 mois doit être encouragé, et même prolongé jusqu'à l'âge de 6 mois. Actuellement seulement 14 % des enfants de moins 4 mois sont exclusivement allaités.

Durant la période infantile, la forte morbidité concerne surtout les enfants de 6-11 mois qui, en plus du lait maternel, ont besoin d'un complément alimentaire suffisant dans des conditions d'hygiène satisfaisantes. Les enfants de 6-11 mois ont davantage souffert des maladies diarrhéiques, des IRA, de la fièvre et de la malnutrition. Un programme de réduction de la morbidité doit cibler, de façon particulière, cette période de l'enfance. Il est très important de conseiller aux mamans de faire bouillir l'eau, de bien cuire les aliments et de bien conserver les aliments et liquides. De tels comportements pourraient avoir un effet réducteur aussi bien sur les maladies diarrhéiques que sur la malnutrition. Un enfant en bonne santé jusqu'au premier anniversaire aura un système immunitaire plus développé que les autres.

Cette politique de réduction de la forte morbidité n'exclut pas qu'il faut continuer à encourager les soins curatifs comme l'utilisation de la TRO, la fréquentation des établissements, etc.

**Comportement en matière de reproduction**

- Réduction de la fécondité des adolescentes;
- Espacement des naissances;
- Réduction de la reproduction tardive (chez les femmes de 40 ans ou plus);

La réduction de la fécondité précoce et tardive et des intervalles de naissances trop courts pourrait avoir deux effets sur la mortalité: d'une part en réduisant la morbidité liée à la reproduction, et d'autre part, en réduisant les besoins obstétricaux. Le niveau élevé de la fécondité des adolescentes, les intervalles courts et les grossesses tardives déterminent largement les besoins en termes de suivi prénatal, d'accouchement et de suivi post-natal. L'importance des complications des grossesses est également liée à la forte fécondité qui résulte notamment de la précocité des grossesses et de leur rapprochement. Ces éléments influencent aussi bien la mortalité des enfants que la mortalité maternelle.

**Améliorer la santé reproductive** des adolescentes: consultations prénatales, immunisation antitétanique, assistance médicale à l'accouchement. En plus de ces interventions, les adolescentes ont besoin d'une attention particulière car leurs enfants sont plus exposés au risque de décéder, souffrent plus des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës et de la malnutrition.

**Accès à l'eau potable et des toilettes adéquates**

Encourager les ménages à bouillir l'au de boisson et à pratiquer une évacuation adéquate des excréta, des ordures et des eaux usées pourrait contribuer substantiellement à une baisse de l'incidence des maladies diarrhéiques, des IRA et du paludisme.

La baisse de la forte morbidité entraînera une réduction des besoins en soins curatifs, qui aura comme effets un meilleur taux de couverture et de prise en charge des enfants malades et un accroissement de l'efficacité des soins. Le personnel de santé aura moins de malades à prendre en charge comme les établissements sanitaires auront moins de malades à accueillir.

Le succès du programme dépendra, toutefois, de celui des autres programmes en terme de disponibilité, faisabilité, acceptabilité et efficacité des interventions. Il dépendra également de l'engagement du gouvernement à donner la priorité et à allouer les ressources à la prévention; il dépendra également de l'engagement de la part des services communautaires et sanitaires à travailler avec les populations et, enfin, il dépendra de l'engagement de la part des populations à participer et à être responsables de leur propre santé. L'obtention de ces trois types d'adhésion peut prendre du temps, mais leur acquisition favorisera la création d'un environnement sain pour les enfants béninois.

# RÉFÉRENCES


AIDELF. 1998. *Morbidité, mortalité : problème de mesure, facteurs d'évolution et essai de prospective.* Colloque international de Sinaia du 2 au 6 septembre 1996, No. 8, PUF, 737 pages.

Akoto, E. 1991. La morbidité et la mortalité infanto-juvénile au Bénin, dans *L'état et le devenir de la population du Bénin.* Chap. 8, CEFORP/UPP, p 155-198.

Akoto E. 1993. *Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique Noire. Hypothèses de recherche d'explication.* Institut de Démographie des Sciences de la Population et du Développement, Université Catholique de Louvain, 299 pages.

Barbieri M. 1991. *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde.* Les dossiers du CEPED No 18, Paris, 40 pages.

Bicego G. et Ahmad. B. 1996. *Infant and child mortality.* DHS Comparative studies No 20, 58 pages.

IFORD. 1994. *Séminaire sur la mortalité infantile et juvénile en Afrique : bilan des recherches et politiques de santé.* Les Annales de l'IFORD. Yaoundé du 19 au 23 Juillet 1993, 73 pages.

Kodjogbe N., G. Mboup, J. Tossou et al., 1997. *Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 1996. Calverton, Maryland* USA: INSAE et Macro International Inc. 318 pages.

Laourou M. 1995. *Mortalité différentielle selon la région de résidence au Bénin.* GENUS, Gennaio-Giugno , Volume LI, n. 1-2, Rome, 93 pages.

Laourou M. 1994. Estimation de la mortalité au Bénin à partir d'une enquête à passages répétés (1981 - 1983). *Population,* pages 119 - 144.

Mesle F. et J. Vallin. 1995. *La mortalité dans le monde : tendances et perspectives.* Les dossiers du CEPED No 30, Paris, 25 pages.

Mackenzi F. et K. Ewusi. 1986. *Problèmes liés à la recherche sur la santé et les soins infantiles.* Compte rendu d'atelier du 22 au 26 Septembre 1986, 127 pages.

Mudubu Konandel L. 1996. *Mortalité infantile et juvénile au Togo : contribution des facteurs socio-économiques et culturels.* IFORD Yaoundé, 85 pages.

Obungu W., P. M. Kizito et G. Bicego. 1994. *Trends, age patterns, and determinant of early childhood mortality in Kenya* DHS, 31 pages.

PNUD. 1998. *Rapport sur le développement humain au Bénin 1998.* pages 57-75.

Rakotondrabe Faraniaina P. 1996. *Les facteurs de la mortalité des enfants à Madagascar.* IFORD Yaoundé, 87 pages.

Ryland S. et H. Raggers. 1998. *Childhood and treatment patterns* DHS Comparative Studies No 27, 50 pages.

Sommerfelt E. et A. L. Piani. 1997. *Childhood immunization : 1990-1994.* DHS Comparative Studies No 22, 49 pages

Vallin J., H. J. Pollard. et L. Heligman L. 1984. *Methodolgies for the collection and analysis of mortality data.* Ordina editions, 510 pages.

Vaz-Grave M. J. 1992. *La mortalité des enfants à Luanda.* Les dossiers du CEPED No 21, Paris, 39 pages.

# COMPORTEMENT DES MÈRES ET SOINS DES ENFANTS

**Léonard Fourn**
**Victorine Mensah**
**Nicaise Kodjogbé**
**Micheline Agoli-agbo**
**Gora Mboup**

# INTRODUCTION

Au Bénin, comme dans la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara, la morbidité et la mortalité infantiles restent encore élevées. Dans son plan d'action, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement qui s'est tenue au Caire en 1994, a recommandé à tous les gouvernements de "s'attacher à déterminer les causes d'une mortalité élevée et d'accorder la priorité aux efforts visant à réduire l'incidence des principales maladies infantiles, en particulier, les maladies infectieuses et les parasitoses, ainsi qu'à prévenir la malnutrition des enfants".

Au Bénin, malgré le niveau relativement élevé des soins prénatals et de la vaccination des enfants, le niveau de la mortalité infantile est l'un des plus élevés en Afrique subsaharienne. L'étude sur la mortalité au Bénin a révélé que la surmortalité post-néonatale est associée à la forte prévalence des maladies diarrhéiques, des IRA, du paludisme et de la malnutrition des enfants. La prise en charge des maladies infantiles dépend, en partie, du comportement des ménages, en particulier ceux de la mère de l'enfant.

Le comportement des femmes vis-à-vis des soins pré- et post-natals reste un facteur souvent identifié pour expliquer la dynamique de la morbidité et même de la mortalité dans une région, voire dans un pays donné. Cependant, les différents modèles développés n'ont pu insister sur les comportements des mères en liaison avec d'autres facteurs souvent négligés de la morbidité étudiée. Les données de l'EDSB-I, bien qu'ayant le mérite de fournir des informations sur quelques maladies courantes, notamment la diarrhée et les IRA, sont restées parfois muettes dans la mise en évidence de leurs déterminants dont le comportement humain. Les déterminants d'ordre socio-économique, culturels et démographiques favorisent souvent le risque d'éclosion des maladies infectieuses chez les enfants. Mais leur analyse approfondie sort parfois du cadre d'intervention des programmes de santé. Or, il est de plus en plus reconnu que les facteurs socio-économiques (Davies, 1980; Balaka, 1998) culturels et démographiques (Magadi, 1997), sont capables de favoriser la survenance des maladies à travers les conditions de vie des parents et des enfants. Ces différents facteurs opèrent à travers des variables intermédiaires, qui, à leur tour, influent fortement sur le risque de maladie (Mosley et Chen, 1985). Parmi les variables mises en causes, le comportement des mères occupe une place de choix. Le non-respect des mesures préventives (absence de vaccination des mères et/ou des enfants et de l'allaitement exclusif au sein) prédispose les enfants à de nombreuses maladies dont les mécanismes biologiques sont connus.

La présente étude consiste à évaluer le comportement des femmes vis-à-vis des soins des enfants. Il s'agit spécifiquement de :

- examiner le comportement des mères vis-à-vis des soins préventifs et de la prise en charge des maladies infantiles;
- évaluer le rôle de la disponibilité des services et de la qualité des soins dans la couverture des soins préventifs et curatifs.

# CHAPITRE 1
# CADRE CONCEPTUEL, HYPOTHÈSES, MÉTHODOLOGIE ET VARIABLES D'ANALYSE

La morbidité est un phénomène dont la compréhension et le contrôle sont susceptibles d'aider à la réduction de la mortalité infantile (EDSB-I, 1996; Ayin, 1988). La fréquence des affections de l'enfance dépend de plusieurs paramètres, dont les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et, enfin, les facteurs liés au comportement des mères.

**Facteurs prédisposants**

Les facteurs démographiques peuvent déterminer le comportement des mères vis-à-vis de la maladie de leurs enfants (âge, parité, structure du ménage). Ainsi dans une étude, Amato et Keith (1991) ont mis en évidence la corrélation entre la structure familiale et la santé positive des enfants en soulignant la croissance harmonieuse constatée chez les enfants vivant avec les deux parents contrairement à ceux nés de mères célibataires. La différence constatée se manifeste essentiellement au niveau du temps et de l'énergie que le ménage consacre aux enfants apparemment en bonne santé et ceux qui sont malades. De même, l'âge des mères et leur expérience de maternité sont susceptibles de les prédisposer à un comportement inadéquat, voire néfaste au maintien de la santé des enfants et à la non-utilisation adéquate des services de santé. À ces deux facteurs, s'ajoutent les conditions de vie des ménages, voire leur situation socio-économique. Plus ces dernières sont précaires, plus le risque de morbidité des enfants se trouve élevé (Magadi, 1987; Akoto, 1990). Quant au niveau culturel et économique des ménages et surtout des mères, il détermine leur capacité à éviter les comportements à risque, à prendre les mesures prophylactiques convenables (Kroeger, 1985) puis à assurer de bonnes conditions alimentaires à leurs enfants. Il existe une forte relation entre la malnutrition et l'éclosion des maladies infectieuses dont l'infection respiratoire aiguë et la diarrhée fébrile des enfants. Cette association préjudiciable à leur santé a fait l'objet de plusieurs travaux dont celui de Motorel (1986).

**Facteurs facilitants**

L'information est indispensable pour faire prendre conscience, en particulier aux mères, des dangers d'une hygiène environnementale précaire et des soins à apporter aux enfants. L'une des tâches des services de santé est d'informer les mères sur le choix des soins (materno-infantiles). Cette communication est indispensable aux mères dans le processus de prise en charge du risque de morbidité auquel sont soumis leurs enfants. La qualité des soins conditionne souvent le comportement d'utilisation ou non des services au profit des enfants. L'appréciation de cette qualité passe par trois facteurs essentiels : la structure, le personnel et le plateau technique de la formation sanitaire, le processus de diagnostic et l'impact des soins sur les maladies (Donabedian, 1998; Bruce, 1990). Anderson et Newman suggèrent un modèle théorique pour l'étude du comportement face à l'apparition d'une affection ou à l'utilisation des soins. Ce modèle prend en compte outre les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants, déjà suggérés dans le modèle de Donabedian (accessibilité, disponibilité des services et du personnel...) puis le comportement des mères. S'il est vrai que les facteurs prédisposants induisent la propension des comportements des mères, il n'en demeure pas moins vrai que les facteurs facilitants déterminent le comportement des mères à l'utilisation ou non des soins ou services disponibles. Ces soins sont susceptibles de réduire le risque de morbidité infantile. Mais les différents modèles sont peu explicites sur le mécanisme à travers lequel les divers facteurs interagissent pour expliquer l'apparition ou l'aggravation de la morbidité infantile.

**Comportement des mères**

Le facteur individuel des différents modèles précités a trait au comportement des mères vis-à-vis des conditions de protection de leurs enfants tant sur le plan hygiénique, alimentaire que sur le plan de l'utilisation adéquate des services de soins. L'adoption d'un comportement favorable à la santé des enfants exige un effort qui nécessite une prise de conscience des dangers des maladies auxquels sont exposés les enfants. Le développement ou la modification des comportements néfastes permet la promotion au sein du ménage des attitudes positives en faveur des régimes thérapeutiques (à domicile ou au centre de santé) et préventifs (visites prénatales, VAT aux mères, vaccination des enfants) en recherchant à éviter les comportements à risque. Green LW, (1984) en analysant l'influence du comportement sur la modification de la prévalence des maladies et de la demande des soins précise qu'il s'agit d'un véritable challenge pour les mères. Cependant, il n'a pas mis l'accent sur la structure des ménages, encore moins sur leur charge et le rang de naissance des enfants. Ces différents groupes de facteurs sont susceptibles d'aider à l'explication de la morbidité infantile. Les facteurs prédisposants interviennent directement puis indirectement à travers le comportement des femmes pour contribuer à la survenue des maladies. Les facteurs facilitants influencent par contre le comportement des femmes en les motivant pour l'utilisation adéquate des soins susceptibles de réduire la prévalence de la morbidité infantile. Mais ces facteurs doivent nécessairement passer par un mécanisme biologique pour induire cette morbidité. Ainsi le modèle théorique proposé pour conduire nos analyses s'inspire de celui de Anderson et Newman et de Kroeger et comporte trois niveaux : les facteurs prédisposants les facteurs facilitants puis le comportement des femmes comme l'indique le graphique 1 ci-dessous.

**Hypothèses**

1. Le comportement des mères influe sur les niveaux d'utilisation des services de santé.

2. La qualité des soins ainsi que la disponibilité des services exercent une influence sur le comportement des mères face à l'utilisation des soins de santé.

3. Les facteurs socio-économiques, démographiques et culturels d'une part et les facteurs environnementaux d'autre part influent sur le comportement des mères.

## 1.1 Méthodologie et variables d'analyse

**Variables**

Les variables retenues pour l'analyse approfondie concernent aussi bien les mères (dont les caractéristiques et les comportements constituent les variables explicatives) que les enfants (et leurs maladies) âgés de 0 à 36 mois enregistrés au cours de l'EDSB-I.

**Variables indépendantes**

Les variables indépendantes sont regroupées en trois catégories :

- **Variables liées aux facteurs prédisposants**

Département de résidence
Milieu de résidence
Éducation de la femme
Âge de la femme, rang de naissance

- **Facteurs facilitants**

  Accessibilité aux services de santé: existence dans la localité d'un centre de santé ou d'une clinique ou encore d'un hôpital
  Qualité des soins (VAT aux femmes enceintes qui se rendues en visite prénatale)

- **Comportement des femmes**

  Visites prénatales
  Soins aux enfants (vaccination, nutrition, traitement des maladies)

## 1.2 Stratégie d'analyse

Nous avons d'abord procédé à l'analyse des facteurs influençant l'utilisation des soins prénatals : le comportement des mères, la qualité des soins et la disponibilité des services. Deux éléments ont été utilisés pour l'identification de ces facteurs : le nombre de visites prénatales et les soins reçus. Pour ces derniers, la vaccination antitétanique de la mère a été retenue comme un indicateur dont la combinaison avec la fréquence des visites prénatales a permis d'apprécier la qualité des soins.

Nous avons ensuite procédé à l'étude du comportement des mères vis-à-vis des soins des enfants (alimentation, vaccination et traitement des maladies). Ici, nous avons cherché à évaluer le prolongement du comportement prénatal de la mère sur les soins des enfants. Le comportement post-néonatal des mères peut, en effet, être le prolongement de leur comportement prénatal. Si la mère a l'habitude de fréquenter les services de santé durant la grossesse, elle pourra également être plus disposée à prendre soins de ses enfants durant ses premières années de vie (vaccination et prise en charge des maladies). La fréquentation des services de santé dépend, toutefois, de la qualité des services durant la période prénatale. Les mères qui ont bénéficié de services de bonne qualité, seront également celles qui consulteront le personnel de santé pour la prise en charge de la maladie de leurs enfants, de l'immunisation, et probablement chercheront des conseils pour l'alimentation de leurs enfants. Elles auront, en effet, plus confiance dans le personnel de santé.

# CHAPITRE 2
# COMPORTEMENT DES MÈRES ET SOINS PRÉNATALS

L'EDSB-I a permis d'obtenir des informations sur les soins prénatals et les conditions d'accouchement. Il s'agit, dans ce chapitre, d'apprécier le comportement des mères durant la grossesse et au moment de l'accouchement.

## 2.1 Comportement des mères vis-à-vis des soins prénatals

### 2.1.1 Visites prénatales

Les visites prénatales régulièrement effectuées par les femmes enceintes peuvent contribuer à la prévention de plusieurs complications liées à la grossesse et pouvant avoir des répercussions sur le foetus et même sur l'enfant en période néonatale. Les données de l'EDSB-I indiquent, en effet, que la mortalité néonatale est près de deux fois moins élevée chez les enfants dont la mère a effectué au moins une visite prénatale que chez ceux dont la mère n'a pas fait de visite (33 ‰ contre 59 ‰). Pour les femmes enceintes, environ huit visites prénatales sont prévues; mais pour des grossesses sans complication, un minimum de trois ou quatre est exigé avant l'accouchement. Elles doivent débuter précocement (au premier trimestre) avec une séquence d'au moins une visite par trimestre de la grossesse.

Les résultats de l'EDSB-I indiquent que, dans l'ensemble du pays, 19 % des femmes n'ont effectué aucune visite prénatale durant leur grossesse. Par contre la majorité des femmes (55 %) ont eu plus de 3 visites. On constate, par ailleurs, que rares sont les femmes qui ont effectué une seule visite (4 %); 9 % en ont effectué deux et 14 %, trois.

Le pourcentage de femmes n'ayant pas effectué de visites prénatales est particulièrement important dans les département du Borgou et de l'Atacora (respectivement 40 % et 30 %). Dans ces départements, la faible disponibilité des services de santé maternelle et infantile expliquerait la faible couverture sanitaire des grossesses. Les données sur la disponibilité des services de santé collectées au moment de l'EDSB-I indiquent que, dans un rayon de 5 kilomètres, à peine le tiers des femmes de l'Atacora et un peu plus de la moitié des femmes du Borgou ont accès à un établissement sanitaire offrant des services de SMI (Kodjogbé, Mboup, Tossou et al., 1997). Par contre, dans les autres départements de l'Atlantique, du Zou et de l'Ouémé où la couverture sanitaire des grossesses est quasi générale, l'accessibilité aux services de SMI est facile (respectivement 80 %, 77 % et 67 % dans un rayon de 5 km). Il faut, toutefois, noter, que dans le département du Mono, malgré la faible accessibilité aux services de santé (58 % dans un rayon de 5 km), situation comparable à celle du Borgou, la couverture des grossesses est relativement élevée (82 % de femmes ayant eu, au moins, une visite prénatale). Dans ce département, parmi les femmes enceintes, seulement 18 % n'ont effectué aucune visite prénatale.

Bien que l'accessibilité aux établissements sanitaires détermine l'utilisation des services de SMI, elle ne suffit pas pour garantir un suivi efficace des grossesses. L'efficacité des soins prénatals dépend du moment auquel la première visite prénatale a eu lieu. Au-delà de la quantité de visites, la qualité des soins reçus s'avère importante pour apprécier l'impact des visites prénatales sur la santé du foetus et sur celle de l'enfant à l'accouchement. Plus précoce est la consultation prénatale, moins fréquentes sont les complications foeto-maternelles. En revanche, plus la première visite est tardive, plus il sera difficile de prendre efficacement en charge d'éventuelles complications de la grossesse.

Tableau 2.1 Réparation des enfants de 0-35 mois selon le nombre de visites prénatales et le début de la première visite de la mère par caractéristiques socio-démographiques des mères

| | % de visites dans le 1er trimestre | Pas de visite | 1 visite | 2 visites | 3 visites | 4 visites ou plus | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Début de la visite** | | | | | | | |
| 0-3 mois | | | 1,5 | 2,8 | 4,9 | 90,8 | 100,0 |
| 0-4 mois | | | 2,1 | 9,9 | 19,8 | 68,2 | 100,0 |
| 7-9 mois | | | 17,3 | 26,8 | 31,4 | 24,5 | 100,0 |
| **Département** | | | | | | | |
| Atacora | 15,3 | 29,5 | 5,0 | 10,9 | 16,0 | 38,6 | 100,0 |
| Atlantique | 41,4 | 2,7 | 3,4 | 9,1 | 13,5 | 71,2 | 100,0 |
| Borgou | 14,4 | 39,5 | 3,0 | 6,7 | 11,4 | 39,5 | 100,0 |
| Mono | 18,5 | 18,0 | 4,6 | 13,7 | 15,2 | 48,5 | 100,0 |
| Ouémé | 29,6 | 9,3 | 4,9 | 6,7 | 12,3 | 66,7 | 100,0 |
| Zou | 26,9 | 5,8 | 1,1 | 5,4 | 16,6 | 71,0 | 100,0 |
| **Milieu de résidence** | | | | | | | |
| Urbain | 33,6 | 11,6 | 3,6 | 7,8 | 13,8 | 63,3 | 100,0 |
| Rural | 19,2 | 22,5 | 3,6 | 9,0 | 14,2 | 50,6 | 100,0 |
| **Instruction** | | | | | | | |
| Aucune | 19,0 | 22,8 | 4,0 | 9,0 | 14,8 | 49,4 | 100,0 |
| Primaire | 37,0 | 6,0 | 3,0 | 8,6 | 12,0 | 70,3 | 100,0 |
| Secondaire | 56,5 | 2,1 | | 2,1 | 9,7 | 86,2 | 100,0 |
| **Age de la femme** | | | | | | | |
| 15-19 | 22,4 | 17,1 | 4,8 | 9,4 | 13,6 | 55,1 | 100,0 |
| 20-29 | 25,9 | 16,9 | 3,4 | 7,7 | 14,3 | 57,6 | 100,0 |
| 30-39 | 21,8 | 22,4 | 3,3 | 9,5 | 13,9 | 51,0 | 100,0 |
| 40-49 | 18,7 | 24,8 | 3,8 | 11,3 | 15,0 | 45,1 | 100,0 |
| **Rang de naissance** | | | | | | | |
| 1 | 30,3 | 13,9 | 3,1 | 8,1 | 12,5 | 62,4 | 100,0 |
| 2 | 30,1 | 16,9 | 2,9 | 7,8 | 14,0 | 58,4 | 100,0 |
| 3 | 25,6 | 18,2 | 4,5 | 6,9 | 15,1 | 55,3 | 100,0 |
| 4 ou plus | 18,6 | 22,0 | 3,8 | 9,6 | 14,5 | 50,0 | 100,0 |
| Ensemble | 29,3 | 19,0 | 3,6 | 8,6 | 14,1 | 54,6 | 100,0 |

Dans l'ensemble, seulement 24 % des femmes ont effectué leur première visite prénatale dès le premier trimestre, 44 % l'ont fait au cours du deuxième trimestre, et 14 % au cours du troisième trimestre. Les femmes qui effectuent la première visite au cours du troisième trimestre sont, en général, celles qui attendent d'être malades pour se rendre en consultation. Elles ont, par conséquent, moins de chance d'effectuer le nombre de visites recommandées. En effet, parmi les femmes ayant eu leur première visite au cours du troisième trimestre, seulement le quart a eu plus de trois visites, contre 91 % chez les femmes ayant eu leur première visite au cours du premier trimestre de grossesse, et 68 % chez celles ayant leur première visite au cours du deuxième trimestre.

La prise en charge des grossesses d'une manière tardive concerne tous les départements, même ceux où la couverture des grossesses est quasi-générale. Dans les départements du Zou, de l'Ouémé et de l'Atlantique, où plus de neuf femmes sur dix ont effectué au moins une visite prénatale, moins de la moitié des premières visites prénatales ont eu lieu dans le premier trimestre (respectivement 27 %, 30 % et 41 %). Le pourcentage de visites prénatales au cours du premier trimestre est, toutefois, plus important dans ces départements que dans les départements de l'Atacora, du Borgou et du Mono (respectivement 15 %, 14 % et 19 %).

Ce résultat indique qu'au-delà de l'accessibilité aux services de santé, les femmes doivent être encouragées à fréquenter les établissements dès le début de la grossesse. Dans ce cas, il faut informer les femmes, surtout celles qui ne sont pas en aménorrhée post-partum, sur la nécessité d'aller en consultation dès qu'elles se rendent compte de la non apparition des règles au cours d'un cycle menstruel. Cette consultation pourrait être utile aussi bien dans le cas d'un début de grossesse que d'un simple retard des règles. Cette prise de décision suppose, toutefois, que les femmes aient une bonne connaissance de leur cycle menstruel. Or, les données de l'EDSB-I montrent qu'une faible proportion (25 %) des femmes ont une connaissance précise de la période féconde au cours du cycle (Kodjogbé, Mboup, Tossou et al., 1997 : 58). On pourrait supposer que celles qui ignorent leur période féconde par rapport à l'apparition des règles sont également celles qui ont une mauvaise connaissance de leur début de grossesse. Cependant, l'EDSB-I n'a pas collecté des informations permettant d'apprécier la connaissance du début de la grossesse chez les femmes.

#### 2.1.2 Discontinuité entre vaccination antitétanique et visites prénatales : Disponibilité des services, comportement de la femme ou qualité des soins prénatals?

Dans le cadre de cette étude, nous proposons d'évaluer le rôle de la qualité des soins ainsi que celui de la disponibilité des services et du comportement des femmes sur la couverture du vaccin antitétanique. Avant d'examiner les résultats de l'analyse, nous allons présenter les différents indicateurs utilisés.

**Élaboration des indicateurs de disponibilité des services (D), de comportement des femmes (C) et de qualité des services (Q)**

Le fait de ne pas recevoir le VAT dépendra d'une part, de la qualité des services et d'autre part, du fait que la femme enceinte n'a pas effectué de visites prénatales. Le fait qu'elle ne se soit pas rendue en visite prénatale peut être dû à la non disponibilité d'établissements sanitaires ou à d'autres facteurs qui influent sur le comportement de la femme.

**Hypothèses**

Hypothèse 1 : l'hypothèse fondamentale pour l'élaboration de l'indicateur de qualité suppose que le fait qu'une femme n'a pas reçu, au moins, deux doses de VAT au cours d'une grossesse n'est pas basé sur son statut immunitaire.

Hypothèse 2 : les doses de VAT reçues au cours de la grossesse l'ont été au cours des visites prénatales

Hypothèse 3 : pour une grossesse donnée, la femme doit recevoir, au moins, deux doses pour être totalement immunisée

Hypothèse 4 : S'il existe un établissement de santé offrant des services de soins prénatals dans un rayon de 5 km, nous supposons qu'il est accessible aux femmes de la localité

### 2.1.3 Principes et conceptualisation

**Disponibilité des services et comportement de la femme**

L'indicateur disponibilité des services (D) est élaboré a partir du pourcentage des femmes qui ne se sont pas rendues en visite prénatale et qui vivent à plus de 5 km d'un établissement de santé offrant des soins prénatals. Nous supposons que les difficultés d'accès aux services de soins prénatals constituent l'une des principales raisons limitant la fréquentation par la femme des services de soins prénatals. Par contre, le fait qu'une femme qui réside dans une localité desservie par un établissement sanitaire dans un rayon de 5 km ne se soit pas rendue en visite prénatale est considérée comme un problème de comportement de la femme, celui-ci étant influencé par d'autres facteurs d'ordre socio-culturel, économique et environnemental.

La non-disponibilité des services a un impact sur la couverture vaccinale aussi bien au niveau de la première visite qu'au niveau de la poursuite des visites. Les femmes qui habitent dans des endroits éloignés des établissements de santé seront moins nombreuses à les fréquenter régulièrement.

Pour l'élaboration de l'indicateur disponibilité des services, nous avons utilisé les données collectées sur la disponibilité des services de santé maternelle et infantile dans chaque grappe de l'EDSB-I. Ces données sont collectées en interrogeant les autorités locales ou traditionnelles et le personnel enseignant, médical ou religieux ou d'autres personnes bien informées sur les caractéristiques de leur communauté, notamment les établissements de santé et de planification familiale qui y sont implantés. Au cours de l'interview de ces personnes, l'enquêteur devait identifier et localiser l'établissement le plus proche du lieu d'enquête offrant des services de santé et de planification familiale. Il estimait, ensuite, la distance à parcourir et le temps de trajet pour l'atteindre. La disponibilité des services fait référence uniquement a la présence physique de ces services, elle ne tient pas compte du fonctionnement des formations sanitaires, ni de leur équipement, ni de la qualité des prestations qui y sont offertes (Kodjogbé, Mboup, Tossou et al., 1997 : 179).

Les informations sur la disponibilité de services dans chaque grappe ont été combinées a celles obtenues au niveau du questionnaire individuel femme (section 4A et section 4B) pour estimer l'indicateur de disponibilité des soins prénatals.

L'indicateur de comportement des femmes (C) est déduit de l'indicateur de disponibilité des services (D). Lorsque la femme, malgré l'existence d'établissement sanitaire offrant des services de soins prénatals, n'est pas allée en visite prénatale, nous considérons que ceci est dû à son propre comportement, celui-ci étant influencé par des facteurs d'ordre socio-culturel, économique, etc.

**Qualité des services**

Bien qu'il n'existe pas une définition aisée de la qualité des soins, on peut retenir l'approche de l'OMS : " l'évaluation de la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ".

Les études sur la qualité des soins réalisées au Bénin sont peu nombreuses. Les rares travaux, de portée limitée, n'ont procédé qu'à une analyse situationnelle à échelle réduite. On constate la même situation dans les autres pays africains. Au Bénin, la problématique de la qualité des soins a fait également l'objet de certains travaux partiels. En évaluant la qualité des soins curatifs dans les formations sanitaires de Natitingou dans le département de l'Atacora, Soudé (1992) a mis en évidence la faible performance des services de soins.

L'élément explicatif de l'augmentation des ces complications de grossesse, malgré l'effectif élevé des femmes aux soins prénatals pourrait être la mauvaise qualité des soins dans le domaine de santé mère-enfant (Fourn, 1999). Au niveau de la maternité de référence de Cotonou, la prévalence des infections nosocomiales parmi les infections gravido-puerpérales témoigne aussi de la mauvaise qualité des soins (Fourn, 1998). Toutefois, ces différents travaux à échelle réduite avec de petits échantillons ne peuvent permettre d'avoir des indicateurs représentatifs au plan national.

L'EDBS-I n'a pu aborder la question de la qualité des soins, mais fournit, néanmoins, des informations sur l'utilisation des services de santé durant la période prénatale. Selon les normes nationales, chaque visite prénatale trimestrielle répond à un objectif précis de la surveillance de la grossesse. C'est durant la visite prénatale que le vaccin antitétanique doit être administré aux femmes enceintes. Cependant les résultats de l'enquête indique qu'une importante proportion de visites a eu lieu sans que la vaccination antitétanique soit administrée. La qualité des soins durant la période prénatale sera appréciée, dans le cadre de cette présente étude, par la prise ou non du nombre de doses requises selon le nombre de visites effectuées par les femmes. D'autres éléments comme la prise de la tension, l'analyse des urines, du sang devraient être considérés dans l'évaluation de la qualité des soins, mais ces données n'ont pas été collectées dans l'EDSB-I.

Nous considérons que les soins prénatals sont de mauvaise qualité lorsque les femmes ayant eu des visites prénatales ont reçu moins de deux doses. Cette mauvaise qualité peut être due au fait que :

- les vaccins ne sont pas disponibles dans les centres de santé ou
- les vaccins sont disponibles mais l'agent de santé ne les a pas administrés

**Formulation**

Nous considérons que lorsqu'une femme n'a reçu aucun vaccin de VAT :

- soit un service de soins prénatals n'est pas disponible (D1)
- soit la femme elle-même n'est jamais allée en visite prénatale (C1)
- soit la femme s'est rendue en visite prénatale mais n'a pas reçu le vaccin (Q1)

Soit F1, le pourcentage de femmes n'ayant reçu aucun VAT, ce pourcentage peut être décomposé selon la raison de la non vaccination :

$$F1 = D1 + C1 + Q1.$$

avec 1-F1 le pourcentage de femmes ayant reçu, au moins, une dose de VAT.

De la même manière que F1, sera décomposé le pourcentage de femmes n'ayant pas reçu les deux doses de VAT (F2) :

- Soit, un service de soins prénatals n'est pas disponible (D21) et la femme ne s'est jamais rendue en visite prénatale.
- Soit, un service de soins prénatals n'est pas disponible dans la localité, mais la femme s'est rendue une fois en visite prénatale (D22).
- Soit, un service existe, mais la femme elle-même n'est jamais allée en visite prénatale (F21).
- Soit, un service existe, mais le femme elle-même ne s'est rendue qu'une seule fois (F22).
- Soit la femme s'est rendue, au moins, deux fois en visites prénatales, mais n'a reçu aucun VAT (Q21) ou n'a reçu qu'une seule dose de VAT(Q22).

Dans ce cas, le pourcentage de femmes n'ayant reçu qu'une seule dose en raison soit de la disponibilité, ou du comportement de la femme ou de la qualité des services s'exprime comme suit :

F2 = D2 + C2 + Q2 avec

D2 = D21 + D22
C2 = C21 + C22
Q2 = Q21 + Q22

1-F2 étant le pourcentage de femmes ayant reçu, au moins, deux doses de VAT.

**Limites des indicateurs**

- Pour les femmes ayant effectué deux visites ou plus, si la femme a reçu moins de deux doses de VAT, on ne pourra pas savoir si la défaillance se situe au niveau de la première visite ou des visites suivantes.

- Si lors d'une visite, la femme n'a pas reçu de VAT, on ne peut pas savoir si c'est parce qu'elle est déjà immunisée ou non.

- L'indicateur de qualité ne tient pas compte de la faille dans la conservation (défaut de la chaîne de froid) ou dans la technique vaccinale qui pourrait réduire l'efficacité des vaccins.

- En plus de la prise du VAT, la qualité des soins doit tenir compte d'autres examens médicaux qui doivent être effectués au cours de la grossesse, notamment la prise du poids, de la taille et de la tension de la femme enceinte ainsi que le prélèvement d'échantillons d'urines et de sang.

- L'existence d'un établissement de santé dans un rayon de 5 km ne signifie nécessairement pas qu'il soit accessible à la population. Cette accessibilité dépend également des coûts des services, des moyens de déplacement, etc.

**Résultats**

Dans l'ensemble, 11 % des femmes n'ont pas reçu le vaccin antitétanique (VAT) en raison du fait que les services de soins prénatals n'étaient pas disponibles dans leur localité. Pour 8 % des femmes, la non vaccination est plutôt due à leur propre comportement car leur localité est desservie par un établissement sanitaire offrant des services de soins prénatals. On note, par ailleurs, une proportion assez importante de femmes qui sont rendues en visites prénatales mais qui n'ont reçu aucune dose de VAT (11 %). Ceci témoigne d'un problème de qualité des services de santé. En somme, près du tiers des femmes (30 %) n'ont reçu aucune dose de VAT en raison de la non disponibilité des services de soins prénatals (11 %), du comportement de la femme (8 %) et, enfin, de la mauvaise qualité des services (11 %).

Dans les départements de l'Atacora et du Borgou, la non-disponibilité des services de soins prénatals expliquerait principalement la non vaccination des femmes enceintes (respectivement 24 % et 21 %). Dans le Borgou, en plus de la non-disponibilité des services, le comportement des femmes est la deuxième cause de la non prise du VAT (19 %), ce comportement étant lui-même influencé par d'autres facteurs d'ordre socio-culturel et économique qu'il importe d'identifier. Dans le département du Mono, le comportement des femmes est la première raison qui expliquerait la non prise du VAT (11 %), suivi par la mauvaise qualité des soins (10 %). Le Zou est le seul département où ni la disponibilité des services ou le comportement des femmes, ni la qualité des services, n'a réduit d'une manière importante la couverture du VAT.

Ainsi, le département de Zou, détient la couverture du VAT (au moins une dose) la plus importante (87 %). Dans ce département, seulement 7 % des femmes se sont rendues en visite prénatale sans recevoir, au moins, une dose de VAT. Dans les départements de l'Ouémé et de l'Atlantique où le phénomène de discontinuité entre visites prénatales et doses de vaccination est particulièrement fréquent, on constate que pour, respectivement, 89 % et 97 % des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, la mère est allée en consultation prénatale auprès du personnel de santé, alors que c'est seulement dans respectivement 68 % et 80 % des cas que la mère a reçu, au moins, une dose de VAT. C'est dans ces départements, qu 'on relève la plus forte proportion de femmes n'ayant reçu aucune dose de VAT à cause de la mauvaise qualité des services (respectivement 24 % et 17 %).

Tableau 2.2.1 Disponibilité des services, comportement de la femme ou qualité des services pour la non prise d'au moins une dose de VAT

| Département | Disponibilité des services (%) | Comportement de la femme (%) | Qualité des services (%) | Pourcentage de femmes ayant reçu au moins une dose de VAT lors de la visite | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Atacora | 24,0 | 5,6 | 7,9 | 62,5 | 100,0 |
| Atlantique | 1,5 | 1,3 | 16,5 | 80,8 | 100,0 |
| Borgou | 20,9 | 18,5 | 5,7 | 54,9 | 100,0 |
| Mono | 6,9 | 11,3 | 9,5 | 72,4 | 100,0 |
| Ouémé | 5,9 | 3,5 | 24,1 | 66,5 | 100,0 |
| Zou | 2,0 | 3,8 | 7,2 | 87,0 | 100,0 |
| Ensemble | 11,2 | 7,9 | 11,3 | 69,9 | 100,0 |

On note, par ailleurs, que plus de la moitié des femmes ont reçu moins de deux doses de VAT, soit à cause de la non disponibilité des services (13 %), ou à cause de leur propre comportement (10 %), ou de la mauvaise qualité des services (29 %). Enfin, seulement 48 % des femmes ont reçu, au moins, deux doses de VAT. S'il est vrai que les femmes immunisées n'ont pas besoin d'être vaccinées pour les grossesses suivantes jusqu'à un certain moment, il n'est pas évident qu'au moment de la consultation prénatale, le personnel de santé procède au diagnostic immunitaire de la femme avant d'établir s'il faut ou non la vacciner. Même chez la naissances de rang 1, on note une forte discontinuité entre les visites prénatales de la mère et la prise de la deuxième dose de VAT. Ce faible taux d'immunisation complète des femmes n'est qu'un reflet de la mauvaise qualité des services de santé.

Comme pour la première dose, concernant la deuxième dose la mauvaise qualité des services est particulièrement importante dans l'Ouémé (48 %) et l'Atlantique (38 %). Dans le Borgou où la non-disponibilité des services (22 %) et le comportement des femmes (20 %) expliqueraient la faible couverture du VAT, la mauvaise qualité des services n'intervient que dans 15 % des cas.

La forte discontinuité entre les visites prénatales et la prise du VAT soulève plusieurs questions : comment comprendre l'absence de vaccination antitétanique chez les femmes en consultation prénatale dans les formations sanitaires lorsqu'on sait, à priori, que tous les services de soins doivent être pourvus d'anatoxine antitétanique (dans le cadre du PEV)? Ces femmes sont-elles informées du caractère multidose de cette vaccination pour ne pas oublier de recevoir les deux doses? La contrainte financière (paiement des soins) n'oblige-t-elle pas ces femmes, soit à abandonner la poursuite des soins, soit à ne recevoir que des soins incomplets? Le nouveau système de financement communautaire des soins marginalise-t-il celles qui ne peuvent

payer leurs soins, les privant ainsi du bénéfice des soins avant et après leur accouchement (Fourn, 1996, de Ferranti, 1985, Adallahi, 1993). Cependant, l'EDSB-I n'a pas collecté des informations relatives à ces questions. Une enquête complémentaire permettrait d'évaluer, d'une manière plus approfondie, les facteurs de discontinuité des visites prénatales et de la prise de la vaccination antitétanique.

Tableau 2.2.2 Disponibilité des services, comportement de la femme ou qualité des services pour la non prise d'au moins, deux doses de VAT

| Département | Disponibilité des services (%) | Comportement de la femme (%) | Qualité des services (%) | Pourcentage de femmes ayant reçu au moins deux doses de VAT lors des visites prénatales | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Atacora | 26,7 | 8,4 | 22,9 | 42,1 | 100,0 |
| Atlantique | 3,0 | 3,4 | 38,1 | 55,5 | 100,0 |
| Borgou | 22,2 | 20,4 | 14,5 | 43,0 | 100,0 |
| Mono | 8,7 | 14,4 | 25,8 | 51,2 | 100,0 |
| Ouémé | 5,9 | 8,2 | 47,5 | 38,4 | 100,0 |
| Zou | 2,4 | 4,5 | 29,0 | 64,0 | 100,0 |
| Ensemble | 12,5 | 10,4 | 28,5 | 48,6 | 100,0 |

En plus de la vaccination antitétanique, d'autres facteurs déterminent la qualité des soins, notamment l'accueil par le personnel de santé, et la disponibilité des médicaments. Selon une étude réalisée au Nigéria, les réponses les plus fréquentes données par les femmes par rapport à la qualité ont concerné la compétence et la courtoisie des agents de santé, l'attention fournie aux patients, la continuité du service et la fourniture des médicaments. Au Ghana, la mauvaise qualité perçue dans les hôpitaux publics, est attribué aux fréquentes ruptures de stocks de médicaments, à la rudesse du personnel, au manque d'hygiène et de propreté et à la mauvaise qualité de la nourriture.

Les résultats de l'EDSB-I indique qu'au Bénin les visites prénatales sont essentiellement effectuées auprès des sages-femmes et infirmiers (72 %). Seulement 6 % des visites prénatales ont eu lieu auprès d'un médecin. La faible implication des médecins dans les visites prénatales peut entraîner une discontinuité des visites. Si l'on se réfère aux composantes techniques, les patients préfèrent les médecins aux autres professionnels de la santé en raison de leur plus grande compétence. Au Nigéria, 90 % des patients déclarent s'abstenir des soins s'ils ne peuvent pas rencontrer un médecin et 8 % seulement acceptent de s'adresser à un agent de santé communautaire. La présence d'un personnel peu qualifié peut rebuter les malades même si ce personnel est socialement bien accepté. Au Bénin, Hien, (1996) a étudié la qualité des soins prénatals dans les formations sanitaires de Ouidah et conclut à une déficience des soins. D'autres exemples associent aussi la sous-utilisation à une déficience des services. Waddington (1990) a montré que les services rendus par les agents de santé communautaire sont de qualité approximative. Parallèlement (Mhabu, 1986) avance que les formations sanitaires confessionnelles sont souvent préférées aux structures du réseau public en raison de la meilleure qualité de leurs services (Mhabu, 1986).

Par ailleurs, au Bénin, de récents travaux en zone rurale mettent l'accent sur l'aspect culturel des soins et la préférence sexuelle pour les consultations (Sakou,1998) : les femmes enceintes ou mères de famille préfèrent le personnel féminin (sage-femme, infirmière) pour les soins. La perception des individus et de leur entourage de l'efficacité des services y compris la conduite thérapeutique des maladies est également liée aux modèles culturels du milieu.

## 2.2 Comportement des mères vis-à-vis de l'accouchement

Un problème crucial qui a été souligné dans le rapport final de l'EDSB-I concerne le niveau élevé d'accouchements à domicile malgré le niveau relativement important des consultations prénatales (Kodjogbé, Mboup et Tossou, 1997). L'utilisation des services de santé au moment de l'accouchement est, en effet, tributaire de plusieurs facteurs, notamment leur disponibilité, la qualité des services, les comportements individuels, les traditions et normes. Comme l'avancent Fournier et Haddad (1995) "l'utilisation des services de santé est la somme des comportements individuels vis-à-vis des services de soins." Il s'agit, dans chaque contexte social, d'identifier les facteurs susceptibles d'encourager ou de rebuter les utilisatrices. Parmi les raisons souvent évoquées, on peut retenir l'accessibilité géographique, l'accessibilité culturelle, l'attrait du plateau technique et le coût des services.

Aussi attribue-t-on souvent la sous-utilisation des services de santé (pour le suivi des grossesses et les accouchements) au manque de confiance des populations dans "l'efficacité des prescriptions délivrées" (Abu Zied et Dunn,1985) et à "l'efficacité reconnue des accoucheuses traditionnelles pour les accouchements eutociques" (Fournier et Haddad, 1995)?

Au Bénin, plus du tiers des femmes (37 %) accouchent en dehors des formations sanitaires, sans assistance de personnel de santé et dans des conditions d'hygiène et d'asepsie peu satisfaisantes. Or, ces conditions influencent la bonne santé non seulement des mères mais aussi des enfants. Ce sont les complexes communaux de santé (CCS) qui ont le plus effectué d'accouchements (29 %), suivis des hôpitaux (17 %) et des centres de santé (15 %). Les unités villageoises de santé (UVS) n'ont couvert que 3 % des accouchements.

Ces résultats indiquent que les accouchements s'effectuent dans les formations sanitaires où existent un équipement minimal et un personnel de santé compétent. Le contenu des visites (pré et post natales) est clairement défini à chaque niveau de la structure sanitaire du pays. Si dans certaines UVS de sous- préfecture, il existe des structures non conformes aux normes, il n'en est pas de même dans les complexes communaux de santé (CCS) et les hôpitaux.

Cependant, l'accouchement dans les établissements de santé est fortement conditionné par leur fréquentation durant la grossesse. Parmi les femmes n'ayant effectué aucune visite prénatale, à peine 10 % ont accouché dans un établissement sanitaire. Le fait d'effectuer, au moins, une visite prénatale accroît nettement la chance d'accoucher dans un établissement de santé. En effet, parmi les femmes ayant eu, au moins, une visite prénatale, plus de la moitié a accouché dans une formation sanitaire. La couverture sanitaire des accouchements s'accroît avec le nombre de visites et concerne plus de huit femmes sur dix parmi celles ayant effectué, au moins, quatre visites. Ainsi, le comportement prénatal des femmes détermine leur comportement vis-à-vis de l'accouchement.

Toutefois, il est important de noter le pourcentage non-négligeable de femmes ayant eu une visite prénatale mais qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire. Plus surprenant encore est le fait que cette proportion est tout aussi importante chez les femmes ayant eu plus d'une visite. Ceci est-il lié à l'inaccessibilité aux services de sanitaires, à leur qualité ou tout simplement à d'autres facteurs culturels qui favorisent la prise en charge des accouchements dans les structures traditionnelles. Bien que la chance d'accoucher dans un établissement sanitaire augmente avec le nombre de visites prénatales, force est de constater le pourcentage assez important des femmes ayant effectué des visites prénatales mais qui accouchent à domicile. Lorsqu'il s'agit d'une seule visite, ce type d'accouchement peut s'expliquer par le fait que la consultation prénatale n'est que conjoncturelle. Mais, lorsqu'il s'agit des femmes ayant eu, au moins, trois visites, l'accouchement à domicile est peu justifié. Par exemple, parmi les femmes ayant eu trois visites prénatales, plus du tiers (34 %) n'ont pas accouché dans les structures sanitaires. Ceci ne peut être lié à l'inaccessibilité aux services de santé. Par contre, on pourrait avancer comme explication la mauvaise qualité

Tableau 2.3 Répartition des enfants de 0-35 mois selon le lieu d'accouchement de la mère et le nombre de visites prénatales par département

| Département | Domicile | Hôpital | Centre santé | CCS | UVS | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Atacora** | | | | | | |
| Aucune visite | 96,6 | 0,7 | 2,0 | | 0,7 | 100,0 |
| 1 | 66,7 | 14,8 | 11,1 | 7,4 | | 100,0 |
| 2 | 57,9 | 14,0 | 17,5 | 8,8 | 1,8 | 100,0 |
| 3 | 45,8 | 12,0 | 25,3 | 15,7 | 1,2 | 100,0 |
| 4 ou plus | 33,5 | 19,3 | 29,4 | 14,7 | 3,0 | 100,0 |
| Total | 58,3 | 11,9 | 18,5 | 9,6 | 1,8 | 100,0 |
| **Atlantique** | | | | | | |
| Aucune visite | 61,5 | 23,1 | | 15,4 | | 100,0 |
| 1 | 18,8 | 18,8 | 18,8 | 37,5 | 6,3 | 100,0 |
| 2 | 20,9 | 32,6 | 9,3 | 32,6 | 4,7 | 100,0 |
| 3 | 15,2 | 30,3 | 13,6 | 33,3 | 7,6 | 100,0 |
| 4 ou plus | 4,8 | 50,9 | 11,6 | 29,5 | 3,3 | 100,0 |
| | 9,7 | 44,5 | 11,6 | 30,2 | 4,0 | 100,0 |
| **Borgou** | | | | | | |
| Aucune visite | 91,2 | 2,0 | 2,0 | 2,8 | 2,0 | 100,0 |
| 1 | 68,4 | 15,8 | | 10,5 | 5,3 | 100,0 |
| 2 | 65,1 | 9,3 | 4,7 | 16,3 | 4,7 | 100,0 |
| 3 | 53,5 | 18,3 | 4,2 | 16,9 | 7,0 | 100,0 |
| 4 ou plus | 34,0 | 17,8 | 13,4 | 27,3 | 7,5 | 100,0 |
| Total | 61,7 | 11,0 | 6,9 | 15,3 | 5,0 | 100,0 |
| **Mono** | | | | | | |
| Aucune visite | 95,7 | | | 2,9 | 1,4 | 100,0 |
| 1 | 63,2 | 5,3 | 10,5 | 21,1 | | 100,0 |
| 2 | 54,7 | 5,7 | 17,0 | 22,6 | | 100,0 |
| 3 | 49,2 | 4,9 | 16,4 | 26,2 | 3,3 | 100,0 |
| 4 ou plus | 29,1 | 9,0 | 27,0 | 32,8 | 2,1 | 100,0 |
| Total | 49,2 | 6,1 | 18,4 | 24,5 | 1,8 | 100,0 |
| **Ouémé** | | | | | | |
| Aucune visite | 72,5 | 12,5 | 7,5 | 5,0 | 2,5 | 100,0 |
| 1 | 5,0 | 5,0 | 20,0 | 70,0 | | 100,0 |
| 2 | 20,7 | 20,7 | 20,7 | 37,9 | | 100,0 |
| 3 | 16,7 | 11,1 | 22,2 | 50,0 | | 100,0 |
| 4 ou plus | 6,6 | 17,8 | 22,0 | 49,5 | 4,2 | 100,0 |
| Total | 14,9 | 16,0 | 20,5 | 45,6 | 3,0 | 100,0 |
| **Zou** | | | | | | |
| Aucune visite | 76,9 | | 3,8 | 19,2 | | 100,0 |
| 1 | 20,0 | | | 80,0 | | 100,0 |
| 2 | 16,0 | 4,0 | 20,0 | 56,0 | 4,0 | 100,0 |
| 3 | 18,7 | 12,0 | 14,7 | 50,7 | 4,0 | 100,0 |
| 4 ou plus | 6,9 | 14,5 | 16,4 | 59,3 | 2,8 | 100,0 |
| Total | 13,6 | 12,5 | 15,4 | 55,6 | 2,9 | 100,0 |
| **Ensemble** | | | | | | |
| Aucune visite | 90,5 | 2,7 | 2,0 | 3,3 | 1,5 | 100,0 |
| 1 | 45,8 | 11,2 | 11,2 | 29,9 | 1,9 | 100,0 |
| 2 | 43,6 | 14,4 | 14,4 | 25,2 | 2,4 | 100,0 |
| 3 | 33,9 | 14,9 | 16,3 | 31,0 | 3,9 | 100,0 |
| 4 ou plus | 16,7 | 23,2 | 18,9 | 37,3 | 3,9 | 100,0 |
| Total | 36,5 | 17,0 | 14,7 | 28,6 | 3,2 | 100,0 |

des soins prénatals, la confiance que les femmes ont à l'égard du personnel de santé ainsi que la préférence des structures traditionnelles pour la prise en charge des grossesses. Le fait d'accoucher à domicile pourrait aussi s'expliquer par la non maîtrise de la date de l'accouchement : l'accouchement étant alors un événement auquel la femme ne s'attend pas et qui la surprend, soit dans sa maison ou ailleurs. La rareté des moyens de déplacement, les coûts des soins obstétricaux sont autant de facteurs pouvant décourager les femmes à aller accoucher dans les établissements de santé bien qu'elles les fréquentent durant la période prénatale.

Le phénomène de discontinuité entre visites prénatales et accouchement dans un établissement sanitaire est particulièrement important dans les départements du Borgou (54 %), du Mono (49 %) et de l'Atacora (46 %) . Dans ces départements, même parmi les femmes ayant effectué, au moins, quatre visites, on note une proportion assez importante d'accouchements à domicile (respectivement 34 %, 29 % et 34 %). Par contre, dans les départements de l'Atlantique, de l'Ouémé et du Zou, les femmes ayant eu, au moins, quatre visites sont très peu nombreuses à accoucher à domicile (respectivement 5 % et 7 %). Lorsqu'une femme a bénéficié de visites prénatales fréquentes, l'accouchement à domicile ne peut être associé à l'absence d'établissements sanitaires. La disponibilité des services ne devrait jouer un rôle que dans le cadre de la distance à effectuer pour aller accoucher dans un établissement de santé. L'accouchement à domicile des femmes ayant eu, au moins, quatre visites peut-être lié à la qualité des services et au comportement des femmes elles-mêmes. Une mauvaise qualité des services peut expliquer la discontinuité aussi bien des visites prénatales que de la fréquence de l'accouchement dans un établissement de santé. Par ailleurs, les traditions et croyances peuvent influencer le comportement des femmes concernant l'accouchement dans un établissement sanitaire.

# CHAPITRE 3
# COMPORTEMENT DES MÈRES ET SOINS DES ENFANTS

## 3.1 Alimentation des enfants

Au Bénin, l'allaitement reste la base de l'alimentation du nouveau-né. La quasi-totalité des enfants âgés d'un mois sont nourris au lait maternel (EDSB-I). Malgré l'universalité de l'allaitement au Bénin, seulement 63 % des enfants nés dans les trois années précédant l'EDSB-I ont été mis au sein le jour de la naissance. C'est dans le département du Borgou qu'on note la plus faible proportion d'enfants allaités dans le premier jour suivant la naissance (38 %). Par ailleurs, on note qu'au niveau national, la quasi-totalité des enfants (86 %) ont déjà reçu des aliments de complément à l'âge de 4 mois. Le non-respect de l'allaitement exclusif des enfants de moins de 4 mois concerne tous les départements du pays. Cependant, la situation est particulièrement préoccupante dans les départements de l'Atacora et de l'Ouémé où respectivement seulement 3 % et 5 % des enfants de moins de 4 moins sont exclusivement allaités. Or, le lait maternel est un aliment riche en éléments nutritifs qui assure à l'enfant, non seulement, une protection contre les infections et les allergies, mais qui stimule aussi le développement de son système immunitaire (Tohouégnon, 1993). Ce mode d'alimentation devrait protéger les enfants béninois contre les maladies infectieuses telles que les diarrhées et les infections respiratoires aiguës (IRA). Mais, l'introduction précoce (dès le premier mois de naissance) d'autres liquides parmi lesquels les infusions de plantes et les aliments solides (viande, poisson, œuf, farine, céréales) augmente le risque de morbidité infantile. En revanche, ne pas introduire ces compléments alimentaires après l'âge de 6 mois peut causer un état de malnutrition. L'attitude et le comportement des mères sont souvent favorisés par l'insuffisance d'information sur la question de l'équilibre alimentaire (Traoré, 1994). Plusieurs autres facteurs sont également incriminés : le faible niveau d'instruction des mères, la non-disponibilité des séances d'éducation nutritionnelle dans toutes les localités, le statut socio-économique du ménage, les croyances culturelles liées aux tabous alimentaires.

Tableau 3.1 Allaitement et alimentation de complément

| Département | Enfants ayant été allaités dans le jour suivant leur naissance (%) | Enfants de 0-3 mois exclusivement allaités (%) | Durée moyenne de l'allaitement (en mois) |
|---|---|---|---|
| Atacora | 60,4 | 3,3 | 24,3 |
| Atlantique | 76,2 | 20,8 | 19,5 |
| Borgou | 38,4 | 19,0 | 22,9 |
| Mono | 66,4 | 15,9 | 25,4 |
| Ouémé | 78,8 | 5,1 | 22,0 |
| Zou | 67,2 | 18,6 | 22,2 |
| Ensemble | 62,7 | 14,0 | 23,0 |

## 3.2 Vaccination des enfants

Dans le cadre de la mise en œuvre des soins de santé primaires, la vaccination des enfants et des femmes enceintes occupe une place importante et fait l'objet du programme élargi de vaccination. Six principales maladies infantiles (tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole) sont prises en compte par ce programme. Ces soins aux enfants s'inscrivent dans le cadre de la Vaccination Universelle des Enfants (VUE) initiée sous l'égide de l'UNICEF et qui concernent majoritairement les enfants de 0 à 11

mois (UNICEF, 1995) puis les femmes en âge de procréer pour le vaccin antitétanique (VAT). En dehors du vaccin antituberculeux (BCG) et de celui contre la rougeole qui sont inoculés à dose unique, les autres nécessitent des doses multiples dont le non-respect n'assure pas l'immunisation des enfants. Les données de l'EDSB-I portant sur les enfants de 12 à 23 mois révèlent que malgré les efforts de sensibilisation des mères et de la disponibilité des vaccins, 44 % des enfants ne sont pas complètement vaccinés.

On note, cependant, que le comportement prénatal de la mère influe sur la vaccination des enfants. Si la prise du vaccin contre la tuberculose est quasi universelle lorsque la mère a effectué régulièrement les visites prénatales (plus de 95 % chez les enfants de 12-23 mois), elle ne concerne que 55 % des enfants du même groupe d'âges lorsque la mère n'a effectué aucune visite prénatale. Lorsqu'on considère l'ensemble des enfants de 12-35 mois, la couverture vaccinale passe de 86 % chez les enfants dont la mère a effectué la première visite prénatale durant les trois premiers mois de grossesse, à 83 % lorsque cette première visite s'est passée après le troisième mois de grossesse, pour chuter d'une manière drastique lorsque la mère n'a affecté aucune visite prénatale (38 %).

Tableau 3.2 Pourcentage d'enfants de 12-35 mois ayant reçu une vaccination spécifique selon le début de la première visite prénatale de la mère et selon le nombre de visites prénatales

| | | DTCoq | | | Polio | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | BCG | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | Rougeole | Tous les vaccins | Aucun vaccin. | Total |
| **Début de la 1 ère visite** | | | | | | | | | | | |
| 0-3 mois | 86,4 | 84,1 | 78,6 | 70,5 | 84,1 | 77,7 | 65,2 | 72,7 | 60,5 | 12,0 | 100,0 |
| 4-6 mois | 82,7 | 79,6 | 75,1 | 67,5 | 78,5 | 73,9 | 64,4 | 64,7 | 53,7 | 16,3 | 100,0 |
| 7-9 mois | 82,5 | 76,7 | 71,7 | 60,4 | 75,8 | 70,0 | 58,8 | 61,9 | 51,7 | 14,6 | 100,0 |
| Pas de visite | 37,8 | 35,4 | 28,8 | 21,3 | 36,0 | 28,8 | 21,9 | 24,2 | 18,7 | 60,2 | 100,0 |
| Total | 75,0 | 71,9 | 66,7 | 58,5 | 71,4 | 65,6 | 55,8 | 58,6 | 48,4 | 23,4 | 100,0 |
| **Nombre de visites prénatals** | | | | | | | | | | | |
| Aucune visite | 37,8 | 35,4 | 28,8 | 21,3 | 36,0 | 28,8 | 21,9 | 24,2 | 18,7 | 60,2 | 100,0 |
| 1 visite | 78,6 | 69,1 | 64,3 | 50,9 | 66,1 | 62,5 | 49,1 | 51,8 | 39,3 | 19,6 | 100,0 |
| 2 visites | 79,1 | 72,7 | 70,3 | 63,8 | 72,7 | 68,8 | 61,6 | 60,4 | 51,1 | 19,4 | 100,0 |
| 3 visites | 81,4 | 78,2 | 71,7 | 61,9 | 78,6 | 69,4 | 59,5 | 64,6 | 50,6 | 15,6 | 100,0 |
| 4 visites et plus | 85,0 | 82,5 | 77,6 | 69,7 | 81,5 | 76,8 | 65,7 | 68,5 | 57,8 | 14,0 | 100,0 |
| Total | 74,8 | 71,8 | 66,5 | 58,3 | 71,3 | 65,6 | 55,7 | 58,4 | 48,2 | 23,6 | 100,0 |

Les données semblent indiquer que le fait d'effectuer, au moins, une visite prénatale, y compris la prise d'une dose de VAT, influe fortement sur la prise du vaccin de BCG. Par rapport à la prise de la première dose de DTCoq et de polio, nous avons observé la même tendance. Toutefois, on note une certaine discontinuité dans la prise des doses de DTCoq et de polio même chez les femmes ayant effectué, de manière plus ou moins régulière, les visites prénatales. Si nous prenons le cas du DTCoq, la couverture de la première dose varie de 84 % lorsque la visite prénatale a eu lieu dans le premier trimestre de la grossesse à 80 % lorsque celle-ci a eu lieu dans le second trimestre, puis à 77 % dans le troisième trimestre à, enfin, 35 % lorsqu'il n'y a pas eu de visite prénatale. Ce résultat semble indiquer que les mères qui commencent à effectuer les visites prénatales à un stade précoce de la grossesse sont également celles qui prennent le plus en charge l'immunisation de leurs enfants. Cette situation se confirme lorsqu'on examine la prise des deux autres doses du DTCoq. Chez celles

ayant eu leur première consultation durant le première trimestre de grossesse, le taux de couverture de la troisième dose de DTCoq est de 71 % contre 60 % chez celles ayant eu leur première consultation au cours du troisième trimestre, et 21 % chez celles n'ayant jamais eu de consultation. Les mères qui effectuent de manière précoce les consultations prénatales sont également celles qui font vacciner de manière précoce leurs enfants. Concernant la prise des doses de polio et de la dose de rougeole, nous observons les mêmes variations.

Dans la mesure où le nombre de visites prénatales dépend du début de la première visite, nous avons constaté que le taux de couverture vaccinale des enfants est fortement associé au nombre de visites prénatales que la mère a effectué. Cette association est d'autant évidente lorsqu'on considère les couvertures du DTCoq et de la polio qui requièrent la prise de trois doses. Lorsque la mère n'a eu aucune visite prénatale, moins du quart des enfants (21 %) a eu les trois doses de DTCoq, et à peine la moitié des enfants (51 %) les ont reçues lorsque la mère a effectué une seule visite contre 70 % lorsque la mère a eu quatre visites ou plus.

Tableau 3.3 Répartition des enfants de 0-35 mois selon la connaissance de la mère de l'âge auquel un enfant doit être vacciné contre la rougeole

| | Avant 6 mois | `Entre 6 et 9 mois | Entre 9 et 12 mois | Apres 12 mois | Ne sait pattt | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Département** | | | | | | |
| Atacora | 8,7 | 4,4 | 11,0 | 4,4 | 71,3 | 100,0 |
| Atlantique | 15,8 | 4,7 | 23,3 | 2,1 | 54,1 | 100,0 |
| Borgou | 10,1 | 1,9 | 11,8 | 0,6 | 75,5 | 100,0 |
| Mono | 15,8 | 5,0 | 16,0 | 2,3 | 60,7 | 100,0 |
| Ouémé | 12,0 | 5,3 | 30,1 | 0,9 | 51,6 | 100,0 |
| Zou | 32,1 | 7,1 | 21,2 | 2,2 | 36,9 | 100,0 |
| **Instruction** | | | | | | |
| Aucune | 15,3 | 3,9 | 14,6 | 1,9 | 64,1 | 100,0 |
| Primaire | 17,7 | 5,7 | 25,3 | 2,7 | 48,2 | 100,0 |
| Secondaire | 6,8 | 10,1 | 52,7 | 1,4 | 29,1 | 100,0 |
| **Milieu du résidence** | | | | | | |
| Urbain | 13,7 | 4,2 | 26,3 | 2,7 | 53,0 | 100,0 |
| Rural | 15,9 | 4,7 | 14,5 | 1,7 | 62,9 | 100,0 |
| **Âge de la mère** | | | | | | |
| 15-19 | 17,0 | 4,9 | 10,1 | 3,6 | 64,4 | 100,0 |
| 20-29 | 15,3 | 4,5 | 17,9 | 2,1 | 59,9 | 100,0 |
| 30-39 | 13,9 | 4,8 | 22,0 | 1,4 | 57,8 | 100,0 |
| Total | 17,6 | 2,9 | 20,6 | 0,7 | 57,4 | 100,0 |
| **Rang de naissance** | | | | | | |
| 1 | 16,2 | 5,2 | 13,2 | 2,3 | 63,0 | 100,0 |
| 2 | 15,6 | 3,8 | 16,4 | 2,4 | 61,5 | 100,0 |
| 3 | 14,7 | 4,8 | 22,6 | 1,4 | 56,2 | 100,0 |
| 4 ou plus | 14,9 | 4,4 | 19,5 | 2,0 | 59,0 | 100,0 |
| Total | 15,2 | 4,5 | 18,3 | 2,0 | 59,8 | 100,0 |

Bien que les enfants dont la mère s'est régulièrement rendue en visite prénatale aient une couverture vaccinale plus élevée que celle des enfants dont la mère a eu peu de visite prénatale, il est difficilement justifiable que certains d'entre eux n'aient pas reçu tous les vaccins. Lorsque la mère s'est rendue régulièrement à des visites prénatales et a reçu les doses requises de VAT, il est difficile de lier l'absence d'immunisation totale de ses enfants à son comportement. Si l'on se réfère à son comportement prénatal, on devrait s'attendre à une vaccination complète de ses enfants. À ce niveau, on pourrait penser que l'absence de couverture totale peut être associée à la qualité des services : la non disponibilité des vaccins, le coût des services de santé ou la négligence du personnel de santé.

Un autre facteur qui pourrait accroître la discontinuité de la prise des vaccins est l'ignorance de l'âge auquel l'enfant doit recevoir chaque type de vaccin. Au moment de l'EDSB-I, on a demandé aux femmes d'indiquer l'âge auquel l'enfant doit recevoir le vaccin contre la rougeole. La majorité (60 %) des mères ont déclaré ignorer cet âge. L'ignorance de cet âge peut réduire le taux de couverture de la rougeole car si les mères connaissaient cet âge, elles pourraient prendre la décision d'aller en consultation pour la vaccination de l'enfant. Cette vaccination contre la rougeole pourrait également avoir un impact sur la couverture du DTCoq et de la polio. Au moment de la prise du vaccin contre la rougeole, les enfants n'ayant pas reçu les trois doses de DTCoq et de polio pourraient, en effet, les recevoir.

## 3.3 Comportement des mères et traitement des maladies des enfants

Le comportement des mères face aux traitements des maladies infantiles est conditionné par plusieurs facteurs d'ordre culturel, socio-économique et environnemental. Ce comportement va du traitement traditionnel à base d'infusion de feuilles dont les molécules actives sont peu connues, à l'automédication (utilisation des médicaments modernes sans prescription médicale). Le recours au centre de santé intervient dans un second temps lorsque les différents traitements utilisés ont été sans effet (Sakou, 1998). Dans plusieurs ménages, la fièvre palustre, souvent responsable de complications convulsives, pousse les parents à se rendre chez un tradipraticien avant de consulter en seconde intention le personnel de santé (Gansey, 1997). Cependant, l'EDSB-I n'a pas collecté des informations sur le traitement de la fièvre associée au paludisme. Les données de l'EDSB-I portent seulement sur le traitement de la diarrhée et des IRA. Ces données concernent également l'opinion des femmes sur les symptômes qui motivent leur décision d'amener ou non leurs enfants en consultation.

### 3.3.1 Traitement des maladies diarrhéiques

Les résultats de l'EDSB-I ont montré que la prévalence des maladies diarrhéiques est élevée au Bénin. Plus du quart des enfants de moins de 3 ans ont souffert de la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête. Ceux ayant moins de deux ans sont les plus concernés par cette affection évitable qui sévit sous forme endémique avec une fréquence presque similaire en ville et en milieu rural. Par exemple, dans les quartiers périphériques de Cotonou, un enfant de moins de 5 ans est annuellement victime de 2,3 épisodes diarrhéiques contre 2,6 épisodes pour l'ensemble du Bénin (Konael, 1997, MSP, 1996). Les conditions d'hygiène précaires dans lesquelles vivent les enfants ainsi que la faible proportion des ménages ayant accès à l'eau potable constituent les principaux facteurs favorisant cette maladie. Le mode d'alimentation des enfants intervient également. L'un des récents travaux sur l'allaitement au sein met en exergue ses avantages de protection contre les maladies diarrhéiques (OMS, 1989). Aussi constatons-nous que juste après le premier mois de naissance, les enfants commencent à souffrir de maladies diarrhéiques jusqu'à un âge avancé.

Toutefois, les maladies diarrhéiques sont particulièrement meurtrières en raison des déshydratations qu'elles provoquent. Pour lutter contre cette déshydratation, la pratique de la thérapie de réhydratation orale (TRO) - les Sels de réhydratation orale (SRO) ou Solution maison - est recommandée. L'augmentation des liquides combinée a la pratique d'une alimentation continue est également recommandée.

## Comportement prénatal et prise en charge des maladies diarrhéiques

Les résultats de l'EDSB-I indiquent que les mères ayant eu leur première visite prénatale au cours du premier trimestre de grossesse sont également plus nombreuses à prendre en charge le traitement de la diarrhée à l'aide des Sels de Réhydratation Orale (SRO) que celles qui ne se rendent aux consultations prénatales qu' cours du deuxième ou du troisième trimestre de la grossesse ou que celles qui n'effectuent aucune visite prénatale (35 % contre respectivement 29 % et 9 %). Dans l'ensemble, 41 % des mères ayant effectué la première visite durant le premier trimestre de grossesse ont utilisé la TRO contre 35 % lorsque la visite a eu lieu dans le troisième trimestre et seulement 13 % lorsque la mère n'a pas eu de visite. Ce résultat indique également que le comportement de la mère vis-à-vis de la prise en charge de la grossesse se prolonge vis-à-vis du traitement de la diarrhée. Cependant, par rapport à l'alimentation continue des enfants, les écarts sont moins importants. Parmi les mères ayant, au moins, effectué une visite prénatale, à peine un quart a appliqué le principe de l'alimentation continue (augmentation de liquide et non réduction des aliments solides). Lorsqu'on utilise l'indice combiné de thérapie de réhydratation orale, on constate que 53 % des mères ayant eu leur première visite durant le premier trimestre de grossesse ont correctement pris en charge le traitement de la diarrhée de leurs enfants contre 46 % lorsque la première visite est survenue au cours du dernier trimestre et 23 % lorsqu'il n'y a pas eu de visite.

Tableau 3.4 Pourcentage des enfants ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines selon le type de soins qu'ils ont reçu et l'âge auquel la mère a eu la première visite prénatale

| | Pourcentage des enfants ayant eu la diarrhée | SRO | Maison | SRO ou maison (TRO 1) | Plus de liquide et non réduction des aliments (TRO 2) | TRO 1 ou TRO2 (TROC) | Consultation dans un établissement de santé | Consultation dans un établissement non-médical |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Début de la 1 ère visite** | | | | | | | | |
| 0-3 mois | 24,2 | 35,3 | 8,6 | 40,8 | 20,9 | 52,9 | 30,7 | 14,4 |
| 4-6 mois | 25,5 | 27,6 | 11,4 | 37,4 | 17,8 | 48,5 | 26,6 | 17,5 |
| 7-9 mois | 27,2 | 30,0 | 8,9 | 35,0 | 23,0 | 46,0 | 27,3 | 14,1 |
| Pas de visite | 29,0 | 9,3 | 4,3 | 12,9 | 13,5 | 22,9 | 14,9 | 24,1 |
| Total | 26,1 | 25,9 | 9,0 | 32,8 | 18,4 | 43,9 | 25,2 | 17,7 |

En plus de la prise en charge de la diarrhée à domicile, la mère peut amener son enfant en consultation dans les établissements sanitaires. Les résultats de l'enquête montre également que les mères ayant eu leur première visite durant le premier trimestre de la grossesse sont également les plus nombreuses à amener leurs enfants en consultation dans les services sanitaires (31 % contre 27 % lorsque la première visite a eu lieu après le premier trimestre et 15 % lorsqu'il n'y a pas eu de visite prénatale). Celles qui n'ont pas eu de visite prénatale ont recours plus tôt aux structures traditionnelles (24 % contre 14 % lorsque la mère a eu la première visite durant le premier trimestre de grossesse).

## Connaissance, attitudes et utilisation des SRO

Dans l'ensemble 40 % des mères ne connaissent pas les SRO, 33 % connaissent les SRO mais ne les ont pas utilisés pour traiter la diarrhée de leurs enfants et seulement 26 % des mères les ont utilisés. Ce résultat indique que si pour 40 % des mères, la non utilisation des SRO peut être associée à un manque de connaissance des SRO, pour le tiers des mères, cette non-utilisation ne peut être associée à une méconnaissance des SRO,

mais plutôt ou à leur propre comportement ou à la non disponibilité des SRO. On note également que ces mères sont peu nombreuses à utiliser la solution maison (11 % contre 7 % pour celles qui ne connaissent pas les SRO et 8 % chez celles qui utilisent les SRO). Ces mères, comme celles qui ne connaissent pas les SRO, sont également peu nombreuses à amener leurs enfants en consultation (respectivement 15 % et 16 % contre 53 % chez celles qui utilisent les SRO).

Tableau 3.5 Réparation des enfants ayant eu la diarrhée selon la connaissance et l' utilisation des SRO par la mère

| Connaissance et utilisation des SRO | |
|---|---|
| Ne connaît pas | 40,3 |
| Connaît mais n' utilisé | 26,0 |
| Connaît et utilise | 32,9 |
| Manquant | 0,8 |
| Total | 100,0 |

Nous venons de vérifier si la non utilisation de la TRO était associée à l'ignorance des mères concernant les SRO, Solution maison ou l'alimentation continue. Les résultats indiquent que les mères qui pensent que, lorsque l'enfant a la diarrhée, il faut réduire la quantité de liquide ou la laisser inchangée, sont moins nombreuses à utiliser les SRO que celles qui pensent qu'il faut donner à l'enfant beaucoup plus de liquides (15 % contre 34 %). Quant à la solution maison, son utilisation est faible quel que soit le niveau de connaissance de la mère concernant l'alimentation de l'enfant qui souffre de la diarrhée. Dans l'ensemble, si 41 % des mères qui pensent qu'il faut augmenter les liquides ont utilisé la TRO pour traiter la diarrhée, seulement 20 % de celles qui pensent le contraire ont utilisé la TRO. Ce résultat semble indiquer que l'attitude négative des mères quant à l'alimentation des enfants qui souffrent de la diarrhée peut influencer le comportement des mères vis-à-vis de l'utilisation de la TRO. Les mères qui pensent qu'il ne faut pas augmenter les liquides lorsque l'enfant a la diarrhée sont ainsi moins nombreuses à utiliser la TRO. Ce constat se confirme également lorsqu'on examine le comportement des mères vis-à-vis de l'alimentation des enfants qui souffrent de la diarrhée. Seulement 5 % des mères qui pensent qu'il faut diminuer les liquides ou maintenir la même quantité ont augmenté les liquides sans diminuer les aliments solides contre 31 % lorsque la mère a une conception correcte de l'alimentation de l'enfant qui souffre de la diarrhée. Dans l'ensemble, 59 % de ces mères ont pris correctement en charge la diarrhée de leurs enfants contre 27 % chez les autres.

Tableau 3.6 Traitement des enfants ayant eu la diarrhée selon l'opinion de la mère sur l'alimentation de l'enfant en cas de diarrhée

| | Traitements des enfants ayant eu la diarrhée | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Opinion sur les liquides pendant la diarrhée | SRO | Solution maison | TRO1 | TRO2 | TROC |
| Moins de liquide | 18,5 | 8,6 | 24,6 | 3,9 | 27,0 |
| Même | 13,2 | 6,6 | 18,4 | 6,6 | 26,0 |
| Plus | 33,5 | 9,9 | 41,2 | 30,5 | 59,3 |
| Ne sait | 20,7 | 6,9 | 27,6 | 10,3 | 31,0 |
| Ensemble | 25,8 | 9,0 | 32,6 | 18,2 | 43,7 |

Ce résultat semble indiquer que le changement de perception des mères vis-à-vis de l'alimentation des enfants pourrait entraîner une meilleure prise en charge des maladies diarrhéiques. En plus du changement de perception, pour certaines mères, d'autres facteurs influent sur la prise en charge correcte des maladies diarrhéiques. En effet, 41 % des mères connaissant la TRO ne l'ont pas utilisée.

### Perception des mères du traitement de la diarrhée

Malgré le faible taux de fréquentation des établissements sanitaires pour le traitement de la diarrhée, 65 % des mères pensent que lorsque les selles sont répétées, l'enfant doit être amené en consultation. D'autres symptômes sont aussi cités : 75 % des mères pensent que lorsque l'enfant devient de plus en plus malade et est très faible, il faut l'amener en consultation. Ces résultats semblent indiquer que les mères auraient tendance à ne pas amener les enfants en consultation dès les premiers jours de la maladie. Seulement 18 % des mères ont indiqué qu'il faut amener l'enfant en consultation quelle que soit la quantité des selles. Cependant, parmi ces femmes, seulement 35 % ont amené leurs enfants en consultation dans un établissement sanitaire et 19 % ont cherché un traitement auprès des services traditionnels. La moitié d'entre elles ont, en fait, pratiqué l'automédication.

Tableau 3.7 Pourcentage des enfants ayant la diarrhée dont la mère pense qu'en cas de diarrhée il faut amener l'enfant en consultation lorsqu'il a des selles répétées, à n'importe qu'elle quantité de selles ou lorsque l'enfant devient très malade et/ou est faible et pourcentage des enfant ayant été amenés en consultation selon la perception de leur mère du moment auquel il faut amener en consultation l'enfant qui la diarrhée

| | Lorsque l'enfant a des selles répétées | Qu'importe quelle quantité de selles | Lorsque l'enfant est très malade, faible |
|---|---|---|---|
| Pourcentage de mères qui pensent amener l'enfant dans un établissement sanitaire | 65,3 | 18,4 | 74,7 |
| Pourcentage de mères ayant amené l'enfant dans un établissement sanitaire selon qu'elle pense que | 26,1 | 34,9 | 26,8 |
| Pourcentage de mères ayant amené l'enfant dans un service traditionnel selon qu'elle pense que | 16,4 | 18,6 | 15,9 |

## 3.3.2 Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA)

La pneumonie et la bronchite sont les principales IRA qui contribuent à la mortalité des enfants. Les statistiques sanitaires de 1995 les placent parmi les premières causes de décès des enfants de 0-11 mois admis en consultation. Les enfants de moins de 1 an sont les plus touchés par ces affections (167 ‰) alors que ceux de 1 à 5 ans le sont moins (60 ‰). Les IRA sont responsables de 13 % des hospitalisations d' enfants de moins de 5 ans (MSP, 1997). Selon les résultats de l'EDSB-I, elles demeurent fréquentes et leur prévalence est de 16 % chez les enfants de moins de trois ans; elles frappent même les enfants à un âge précoce (avant 6 mois). Sa prévalence s'accroît jusqu'à l'âge de 12 mois. Après cet âge, elle décroît tout en se maintenant à un taux relativement élevé.

Le comportement de la mère durant la période prénatale se prolonge également au cours du traitement des IRA, les mères qui vont en consultation prénatale dès le premier trimestre de grossesse sont aussi plus nombreuses à amener en consultation dans un établissement sanitaire l'enfant souffrant des IRA (41 %). Ce pourcentage est estimé à 35 % lorsque la première consultation a eu lieu en deuxième trimestre, 27 % lorsque celle-ci a été effectuée au troisième trimestre, et seulement 9 % dans le cas où il n'y a pas de consultation.

Tableau 3.8 Pourcentage des enfants ayant eu l'IRA au cours des deux dernières semaines selon le type de soins qu'ils ont reçu et l'âge auquel la mère a eu la première visite prénatale

| | Pourcentage ayant eu l'IRA | Consultation dans un établissement de santé | Consultation dans une structure non-médicale |
|---|---|---|---|
| **Début de la 1 ère visite** | | | |
| 0-3 mois | 17,8 | 41,1 | 17,9 |
| 4-6 mois | 15,7 | 35,2 | 26,4 |
| 7-9 mois | 19,0 | 27,1 | 30,0 |
| Pas de visite | 11,5 | 9,1 | 38,2 |
| Total | 15,9 | 32,0 | 26,3 |

## Perception des mères du traitement des IRA

Au moment de l'enquête, on a demandé à la mère d'énumérer les symptômes qui indiquent que l'enfant qui souffre des IRA devrait être amené dans un établissement sanitaire ou auprès d'un personnel de santé.

Dans l'ensemble, 46 % des mères déclarent qu'il faut amener l'enfant en consultation lorsqu'il a des problèmes respiratoires (respiration difficile et rapide). Cependant, parmi les enfants ayant eu une IRA (respiration difficile et rapide), seulement 37 % ont été amenés dans un établissement sanitaire. Le faible taux de fréquentation des établissements peut être lié au fait que 70 % des femmes pensent qu'il faut attendre que l'enfant devienne très malade pour l'amener en consultation.

Parmi les femmes qui pensent que dès l'apparition de symptômes respiratoires (respiration rapide ou difficile), l'enfant doit être amené en consultation, seulement 35 % l'ont effectivement fait. Ceci indique que le comportement des mères vis-à-vis du traitement des maladies n'est pas conforme à leur perception. Cet écart peut être associé à plusieurs facteurs comme la non disponibilité des services, le manque de moyens des mères à payer les prescriptions médicales. Bien qu'avec l'Initiative de Bamako, les coûts des consultations médicales et des produits pharmaceutiques aient diminué, la crise économique qui secoue le pays explique que les parents disposent de peu de moyens pour les frais médicaux. Cette absence de moyens pourrait expliquer leur comportement face à la décision d'amener ou non l'enfant en consultation. Près des trois quarts des mères attendraient que l'enfant soit gravement malade pour l'amener en consultation. Le quart des mères a recours aux structures traditionnelles bien qu'elles sachent qu'il faille amener l'enfant en consultation auprès de personnel de santé.

Tableau 3.9 Pourcentage des enfants ayant l'IRA dont la mère pense qu'en cas d'IRA il faut amener l'enfant en consultation lorsqu'il a des selles répétées, à n'importe qu'elle quantité de selles ou lorsque l'enfant devient très malade et/ou est faible et pourcentage des enfant ayant été amenés en consultation selon la perception de leur mère du moment auquel il faut amener en consultation l'enfant qui la diarrhée

| | Lorsque l'enfant respire rapidement ou difficilement | Lorsque l'enfant est très malade, faible |
|---|---|---|
| Pourcentage de mères qui pensent amener l'enfant établissement sanitaire | 54,5 | 70,3 |
| Pourcentage mères ayant amené l'enfant dans un établissement de santé selon qu'elle pense que | 36,5 | 32,4 |
| Pourcentage de mères ayant amené l'enfant dans un service traditionnel selon qu'elle pense que | 24,8 | 26,4 |

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette étude ont indiqué que la santé des enfants est tributaire du comportement des femmes, de la qualité des soins et de la disponibilité des services. Du point de vue du comportement des femmes, on note une prise en charge tardive de la grossesse dès le premier trimestre, une discontinuité dans les visites prénatales et dans l'accouchement dans les établissements sanitaires. Par ailleurs, on note certaines lacunes au niveau de la qualité des services de santé avec, en particulier, l'oubli fréquent de vacciner les femmes contre le tétanos (VAT) au cours des visites prénatales. À ce niveau, la compétence du personnel de santé (connaissance, comportement, etc.) et la disponibilité des services doivent être renforcées. L'amélioration de la qualité des services pourrait contribuer à une meilleure couverture des soins prénatals et à une meilleure couverture médicale des accouchements. Cependant, l'absence de données ne nous a pas permis d'évaluer, d'une manière précise, l'impact de cette amélioration sur l'accroissement de la couverture sanitaire, voire l'amélioration de la santé des enfants.

En ce qui concerne le traitement des maladies infantiles, on constate que la non utilisation de la Thérapie de Réhydratation Orale (TRO) n'est pas nécessairement liée à l'ignorance des différents types de TRO, mais plutôt aux attitudes et comportements des mères. Ceux-ci déterminent également la faible fréquentation des services sanitaires pour le traitement des maladies diarrhéiques et des IRA.

Des résultats de cette étude découlent des recommandations concernant aussi bien les programmes de population et de santé que la collecte d'informations complémentaires.

Du point de vue programmatique, les résultats de l'analyse permettent de faire les recommandations suivantes :

- Encourager le personnel de santé à vacciner contre le tétanos (si nécessaire) toute femme qui effectue une visite prénatale;
- Informer les femmes sur les avantages d'aller en consultation prénatale dès le premier trimestre de la grossesse, et d'effectuer régulièrement les visites;
- Développer des programmes pour une couverture sanitaire générale des accouchements, surtout dans les départements de l'Atacora, du Borgou et du Mono;
- Encourager les mères à respecter la pratique de l'allaitement exclusif au sein des enfants jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois;
- Encourager les femmes à prendre correctement en charge le traitement des maladies infantiles, notamment de la diarrhée et des IRA;
- Renforcer la lute anti-diarrhéique en identifiant, entre autres, les déterminants de la non utilisation de la thérapie de réhydratation orale par certaines mères;
- Faciliter l'accès aux services sanitaires en réduisant les coûts des soins médicaux;
- Améliorer la qualité des services sanitaires, la compétence du personnel de santé.

Du point de vue de la collecte des données, la prochaine EDS devrait fournir des informations permettant :

- d'évaluer la qualité des services de soins maternels et infantiles afin d'avoir des indicateurs de qualité de ces soins;
- d'identifier les facteurs associés à la faible utilisation des soins pré et post natals en vue d'induire la réorientation des soins en vigueur.

# RÉFÉRENCES


Agbere A.R., B. Balaka, S. Baeta, Y. Douty, D.Y. Atakouma, K. Kessie, et K. Assimadi. *Mortalité néonatale dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Régional de Sokodè* .Togo. 1984-1985 et 1994-1995.

Akoto E.A., I. Hill. *Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants.* Dans Population et Société en Afrique au Sud du Sahara, Rabutin (eds) l'harmattan, Paris 1998, 309-311.

Akoto E. *La morbidité et la mortalité infanto-juvénile au Bénin.* Dans in l'État et le Devenir de la Population au Bénin, UPP et CEFORP, 1991.

Akre J. Infant feeding. The physiological basis. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé,*1989.

Alexander G.R. et D.A. Cornely : Prenatal care utilization its measurement and relationship 10 pregnancy outcomes. *Am J Pren Med.* 1987, 3 : 243-253.

Amato et Keith. Parental divorced and well-being of children : a meta-analysis. *Psychological* bulletin, 1991 110 : 26-46.

Andersen R. et J.F. Newman Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United States. Milbank Memorial and quarterly/*Health and Society* 1973; 51: 95-124.

Bandon P. Gazin et al. *Morbidité palustre en milieu rural au Burkina Faso. Étude de 526 accès fébriles,* Médecine d'Afrique Noire, 1998.

Barennes H., F.M. Tahi. *La mortalité néonatale sans solution en Afrique sahélienne : Bilan et perspectives en milieu urbain à Niamey,* Niger- Cahiers Santé 1995; 5 : 335-340.

Bruce J. Fundamental elements of the quality of care. A simple framework. *Studies Family Planning* 1990; 21 (2) : 61-91.

Davey Smith G., M. Bartley et D. Blane. *The Black report on socio-economic inequalities in health 10 years* on. *British Medical Journal* 1990; 301 : 373-7.

Diallo S., S.T. Kourouma et Y.B. Camara. *Mortalité néonatale à l'Institut de Nutrition et Santé de l'Enfant.* INSE.

Donabedian A. Quality of care. How can it be assessed! *JAMA* 1988; 260(12) : 1743-1748.

Fourn L., E.B. Fayomi et T.H. Zohoun. *Utilisation des services de santé et financement communautaire dans un département au sud du Bénin.* Santé Publique, 1996. 329-333.

FOURN L., E.B. Fayomi et T.H. Zohoun, *Santé mère/enfant au Bénin : réalisation et défi.*

Fourn L., E.B. Fayomi,et TH. Zohoun. La rougeole : Un défi pour le programme élargi de vaccination au Bénin. *Medecine d'Afrique Noire,* 1998; 45 (1) : 6-8.

Fourn L. *Tendance de l'utilisation des soins prénatals et des issues défavorables de grossesse au Bénin* Santé publique, 1999.

Fourn L. *Prévalence des infections nisocomiales dans une maternité urbaine à Cotonou.* Bénin Medical 1998; 8 : 31-33.

Fournier P., S. Haddad. Facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement. Dans *La sociologie de la population,* Gerard Piché (eds) Presses Universitaires Montréal Aupelph-Uref 1995; 289-325.

Guedeme A. et R. Houndekon, Santé de la mère et de l'enfant, in *Enquête Démographique et de Santé,* Bénin 1996.

Green L.W. Modifying and developing health behavior. *Ann Rev Publ Health* 1984; 5 : 215-236.

Kotelshuck M. The adequacy of prenatal care utilization index : its distribution and association with low birthweight. *AJPH,* 1994

Liberatos P., J.L. Kiely. Sélected issues in the evaluation of prenatal care. Dans Kiely M. ed. *Reproductive and prenatal epidemiology.* Boca Raton, Plac : CRC Press, 1991, 79-98.

Magadi M.A. *Status of women and infant/child health in Kenya with particular reférence to the high mortality zone Nyanza province*, UAPS, study report, numéro 26, 1997, 101 pages.

Médecine d'Afrique Noire. *Trente ans de paludisme en Afrique Francophone.* Med. Afrique Noire, 1998, Dakar-Sénégal.

Ministère de la Santé Publique. Statistiques sanitaires MSP/ SDRO, 1997.

Moussa H., *Connaissances – Attitudes – Pratiques des parents vis-à-vis de l'allaitement exclusif au sein à Cotonou.* Bénin, Mémoire ENAS/UNB Cotonou, 1998.

Mwabu G.M. Health care decision at the household level : results of a rural health survey in Kenya. *Social Sciences and Medicine* 1986; 2(3) : 315-319.

OMS. *Infant feeding practices and risk of diarrhoea.* Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1989.

Sakon G. *Accès palustre chez les enfants fébriles de moins de 5 ans dans les centres de santé de la sous-préfecture de Djakotomey et utilisation des services de santé.* Thèse Med, 1998, FSS/UNB Cotonou.

Soude I. *Évaluation de la qualité de la consultation curative et de l'emploi du temps dans les formations sanitaires de la zone du projet AN SSP- Natitingou,* Bénin, 1992, 38 p.

Suchman E.A. Societal patterns of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior,* 1965; 6(1) : 2-15.

Traore B. *Reproduction, allaitement et malnutrition chronique au Mali, quelles leçons?* CERPOD/Mali 1994. 18p.

Zohoun T.H. et M. Agbazahou. *Incidence du paludisme au cours des hyperthermies isolées et calcul de la sensibilité du symptôme fièvre dans la démarche diagnostic du paludisme.* Médecine d'Afrique Noire, 1998.

Waddington C.J, et K.A. Enyimayew. A price to pay : the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *International Journal Health Planning and Management* 1990; 287-312.

# ÉVALUATION DU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION ET DE GESTION SANITAIRE (SNIGS) À PARTIR DE L'ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ DU BÉNIN (EDSB-I)

**Rafatou Bachabi Houndekon**

# INTRODUCTION

La politique sanitaire de tout gouvernement a pour objectif d'améliorer les conditions d'existence et la qualité de vie des populations. Malgré les efforts déployés par les autorités béninoises, en particulier par la mise en place de plusieurs programmes sanitaires[1], les conditions socio-sanitaires des familles demeurent encore précaires.

C'est une planification rigoureuse, se basant sur une utilisation correcte des données statistiques sanitaires de base, qui a permis le développement sanitaire national. Le Bénin dispose, aujourd'hui, d'une offre variée de soins de santé. Cette offre relève aussi bien de la médecine moderne (ou coloniale) que de la médecine traditionnelle (ou indigène). En effet, la médecine moderne a été introduite au Bénin avec la colonisation et les progrès sanitaires enregistrés jusque là pourraient être dans une certaine mesure attribués aux politiques de santé mis en œuvre depuis les indépendances : développements des services de santé préventifs et/ou curatifs. On remarque que le système hérité de la colonisation n'a pas connu un grand changement depuis lors car il a continué de privilégier les besoins de la population urbaine au détriment des zones rurales.

Depuis l'adhésion du pays au Programme d'Ajustement Structurel (P.A.S.) en 1989, le système sanitaire étatique est confronté à de sérieux problèmes d'efficacité dans l'offre des soins : baisse de recrutement de personnel soignant dans la Fonction Publique, manque de plus en plus accru de moyens financiers pour entretenir les infrastructures existantes, baisse de la capacité des centres de santé à traiter un grand nombre de cas de maladie..., etc. Les cabinets médicaux privés se sont multipliés, en particulier en milieu urbain. Le système de soins compte donc, à l'heure actuelle, plusieurs acteurs dans l'offre des soins à la population. Ces prestataires pourraient être regroupé en trois secteurs différents :

- le secteur public;
- le secteur privé;
- le secteur traditionnel.

La population béninoise recourt actuellement à plusieurs systèmes et sous-systèmes de soins "enchevêtrés les uns dans les autres". Pour mieux orienter sa politique de santé et ses efforts, le Ministère de la Santé, organe responsable de la gestion et de la planification sanitaire nationale a besoin de connaître d'une part, l'utilisation qui est faite des services disponibles et d'autre part, les populations qui fréquentent les différents secteurs. À cet effet, les Autorités Gouvernementales ont mis en place "un système de collecte de routine" pouvant leur permettre d'appréhender à tout moment, le niveau des différents indicateurs socio-sanitaires.

L'information sanitaire au Bénin est gérée par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS). Il a été mis en place depuis 1989 pour permettre une planification adéquate et une bonne programmation des activités de santé sur tout le territoire national. Pour ce faire, il devrait fournir à tout moment les statistiques sanitaires concernant toute la population : collecter, synthétiser, analyser et publier chaque année les bilans d'activité des formations sanitaires, qu'elles soient publiques, privées ou traditionnelles. La gestion de l'information sanitaire comprend plusieurs étapes qui débute par la collecte et se termine par l'utilisation des résultats pour mettre en place *une action*.

---

[1] La stratégie sanitaire de 1989-1996 a prévu onze programmes dans le secteur dont celui de Soins de Santé Maternelle et Infantile, domiciliée à la Direction de la Santé Familiale

La collecte des données sur les différentes activités se fait de façon systématique, selon une périodicité variable selon leur nature (curative ou préventive), à l'aide d'outils standardisés. La question, à l'origine de ce travail est de savoir si, compte tenu du niveau actuel de la collecte du SNIGS, les indicateurs produits par ce dernier sont valides ou non? En d'autres termes, le SNIGS, à son niveau actuel de collecte de données sanitaires, peut-il prétendre disposer des outils nécessaires à une programmation et à une planification adéquates des activités sanitaires nationales? Il s'agira concrètement de voir si la couverture actuelle du SNIGS et les particularités de sa fréquentation pourraient à la longue biaiser les activités de santé programmées et planifiées par le Ministère de la Santé.

L'évaluation du SNIGS sera effectuée à partir des données de la première enquête démographique et de santé (EDSB-I) du Bénin réalisée en 1996 auprès d'un échantillon national de 5491 femmes. Cette enquête, qui fournit des informations sur la Santé Maternelle et Infantile (SMI) au Bénin, a révélé que les femmes béninoises ont recours à différents secteurs de soins selon qu'il s'agit de la maternité ou des soins curatifs infantiles : moderne, traditionnel, public, privé, confessionnel et automédication.

Étant donné le caractère exploratoire de cette étude, la méthodologie reposera essentiellement sur l'analyse statistique des questions suivantes posées aux femmes au cours de l'Enquête Démographique et de Santé, relatives au secteur de recours de la femme pour les soins maternels et infantiles : Q407, Q412, Q449, Q450, Q454, Q462 et Q462B (voir EDSB-I, 1996).

Pour la santé maternelle et infantile, on utilisera comme indicateur le recours aux soins à l'accouchement. Ceci pour deux raisons fondamentales :

- Le type d'assistance à l'accouchement influe, de manière importante, sur l'issue de l'accouchement et donc naturellement sur la santé de la mère et de l'enfant. Une assistance appropriée à l'accouchement permet de diminuer considérablement les décès maternels, périnatals ainsi que la mortinatalité, le niveau de tous ces indicateurs étant le reflet de la politique de santé mis en place dans le pays.
- Nous disposons de donnés sur cet indicateur, à la fois, à l'Enquête Démographique et de Santé et dans le Système d'Information et de Gestion Sanitaire;

Dans un premier temps, les femmes seront réparties par caractéristiques socioculturelles et démographiques et selon le secteur auquel elles ont eu recours pour accoucher. Aucun critère de sélection particulier n'a été retenu pour ces variables. Elles étaient disponibles dans les données collectées lors de l'Enquête Démographique et de Santé auprès des femmes âgées de 15 à 49 ans.

On examinera essentiellement les associations simples ou multiples entre les différentes variables au moyen du test du Chi$^2$ ($\chi^2$). Cette analyse bivariée permettra de repérer les caractéristiques socioculturelles, économiques et démographiques des femmes qui sont associées à leur recours. Puis, la détermination du risque relatif (RR) à partir de la probabilité pour chaque femme de recourir à un secteur précis pour chaque variable indépendante fera connaître le profil des utilisatrices du secteur public pour l'accouchement et les affection infantiles.

La répartition des femmes par secteur permettra également d'estimer les couvertures effectives des différents secteurs en utilisant les accouchements effectivement observés sur la période. Cette couverture du secteur public sera en dernier ressort comparée à celle du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS).

L'analyse socioculturelle et démographique des utilisatrices concernent les 5491 femmes de 15-49 ans qui ont été interviewées au cours de l'enquête. Parmi elles, certaines ont accouché au cours des trois années

qui ont précédé l'enquête et d'autres non. Pour chaque enfant né durant la période allant du 1/1/93 au 31/08/96, qu'il soit vivant ou non, des questions précises ont été posées aux femmes afin de connaître le lieu de l'accouchement.

L'analyse statistique retiendra uniquement les 2592 femmes qui ont eu un dernier enfant au cours de cette période afin de pouvoir disposer d'un plus grand nombre de femmes dans l'étude. Ces femmes ont eu, au total, 2940 naissances. Certaines ont eu 1, 2, 3, même 4 naissances.

L'examen de cette association entre les variables socio-culturelles et démographiques des femmes qui ont un dernier enfant sur la période (donc toutes les 2592 femmes) et le lieu de leur accouchement est basée sur l'hypothèse suivante : les femmes qui ont eu plus d'un enfant sur la période ont eu le même comportement sur les trois années.

L'utilisation des services de santé sera aussi considérée comme un processus dans lequel la femme entre avant d'opérer son choix. Compte tenu de la littérature disponible, nous avons proposé un cadre analytique de ce processus pour ce qui concerne la Santé Maternelle et Infantile au Bénin.

Cette étude s'articule autour de trois chapitres.

Dans le premier chapitre, nous effectuons une présentation des deux procédures de collecte, à savoir le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) et l'Enquête Démographique et de Santé (EDSB) ainsi que leurs limites.

Dans le deuxième chapitre, nous tentons d'identifier le processus d'utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile au Bénin à travers l'utilisation effective des services disponibles.

Enfin, dans le troisième chapitre, nous proposons une évaluation de la couverture effective du Système National d'Information et de Gestion Sanitaire et des indicateurs (SNIGS) concernant la Santé Maternelle et Infantile.

# CHAPITRE 1
# PRÉSENTATION DES DEUX PROCÉDURES DE COLLECTE

Les données démographiques et socio-sanitaires peuvent provenir de sources multiples. L'observation et la collecte de ces données pouvant se faire différemment dans le temps et dans l'espace. En dehors du Recensement, de l'État civil et des enquêtes, on dispose d'autres sources de données de moindre envergure mais non dépourvues d'intérêt. Il s'agit entre autres des registres paroissiaux, des fichiers de ménages, des fichiers administratifs des hôpitaux et des formations sanitaires.

L'enquête est une opération ponctuelle de collecte auprès d'un échantillon de la population. Alors qu'un système de routine est plutôt un moyen permanent de collecte dont la périodicité des dépouillements dépend du problème observé. Les Systèmes d'Information Sanitaire font partie de ce dernier groupe. Il est cependant difficile, dans les pays où l'offre de soins n'est pas centralisée et où la population adopte divers comportements sanitaires, de connaître le niveau réel d'un problème de santé à partir des données collectées par les Systèmes d'Information Sanitaire car ils se limitent aux populations qui utilisent ces systèmes.

C'est pourquoi, malgré leur performance, il est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de « compléter tous les deux à cinq ans, leurs mesures par des enquêtes » (OMS, 1993, p.4).

Avant de passer aux différentes mesures effectuées dans le domaine de la Santé Maternelle et Infantile, nous allons présenter chacun des deux systèmes de collecte.

## 1.1 Le système national d'information sanitaire du bénin

La nécessité d'organiser et de renforcer la surveillance médicale, d'une part, et l'évaluation de certaines stratégies en santé, d'autre part, ont entraîné, au Bénin, la mise en place en 1989 du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS). Trois motivations importantes étaient à l'origine de cette action :

- l'uniformisation de tous les supports de collecte des projets/programmes intervenant dans le secteur de la santé;
- la réduction du nombre de rapports devant remonter à l'échelon supérieur de la pyramide sanitaire;
- l'utilisation par la base des informations recueillies pour l'action.

Techniquement et financièrement soutenu par l'Organisation Mondiale de la Santé et le Fond d'Aide à la Coopération Française, le SNIGS a démarré ses activités de collecte avec les données disponibles dans les formations sanitaires. En effet, il existait dans les formations sanitaires des registres dans lesquels étaient régulièrement consignées les activités menées « en routine». Ces données étaient de fiabilité inconnue et leur qualité a été améliorée grâce aux supervisions et aux deux évaluations qui ont eu respectivement lieu en juin 1991 puis en octobre 1994.

La première évaluation qui rassemblait tous les utilisateurs et acteurs du Système a permis, selon le rapport final du séminaire, de :

- déterminer les objectifs du système;
- identifier les problèmes qui freinent son bon fonctionnement;
- suggérer les relations fonctionnelles entre le SNIGS et les différents Projets/Programmes;
- examiner et retenir les différents outils de collecte ainsi que leur adaptation aux objectifs du Système.

La deuxième évaluation, quant à elle, a au-delà de la simple évaluation des procédures et mécanismes de collecte du système, essayé d'évaluer sa performance et son adéquation avec les besoins d'information des intervenants du secteur sanitaire dans le Système d'Information Sanitaire (SIS) béninois. Il s'agissait de répondre à la question : d'où part l'information et où aboutit-elle?

### 1.1.1 Organisation du système de collecte

L'organisation du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires est calquée sur celle du système de santé qui s'appuie à son tour sur le découpage territorial du pays. De forme pyramidale, elle compte trois niveaux différents et chaque échelon de la pyramide sanitaire est fournisseur d'information mais n'est pas forcément un relais dans l'itinéraire de l'information . Du bas vers le haut on a :

**La périphérie** qui comprend les services de statistiques des Unités Villageoises de Santé (UVS), des Centres Communaux de Santé (CCS), des Formations Sanitaires Privées (FSP), des Centres de Santé de Sous-Préfecture et de Circonscription Urbaine (CSSP/CU), des Hôpitaux Privés (HP) et du Centre Hospitalier du Département (CHD).

À ce niveau, dans un premier temps, le service de statistiques du CCS établit les rapports d'activité en prenant en compte les UVS qui sont sous sa responsabilité et cela en deux exemplaires à partir des registres; un exemplaire est envoyé au Médecin Chef du Centre de Santé de Sous-Préfecture et de Circonscription Urbaine (CSSP/CU) de tutelle; quant à l'autre exemplaire, il est gardé dans la formation sanitaire. Puis, le service de statistiques du Centre de Santé de Sous – préfecture ou de Circonscription Urbaine (CSSP/CU) fait une synthèse de toutes les formations sanitaires publiques de son territoire, cela en deux exemplaires dont un est envoyé au service de statistiques départemental de la Santé (SEPD).

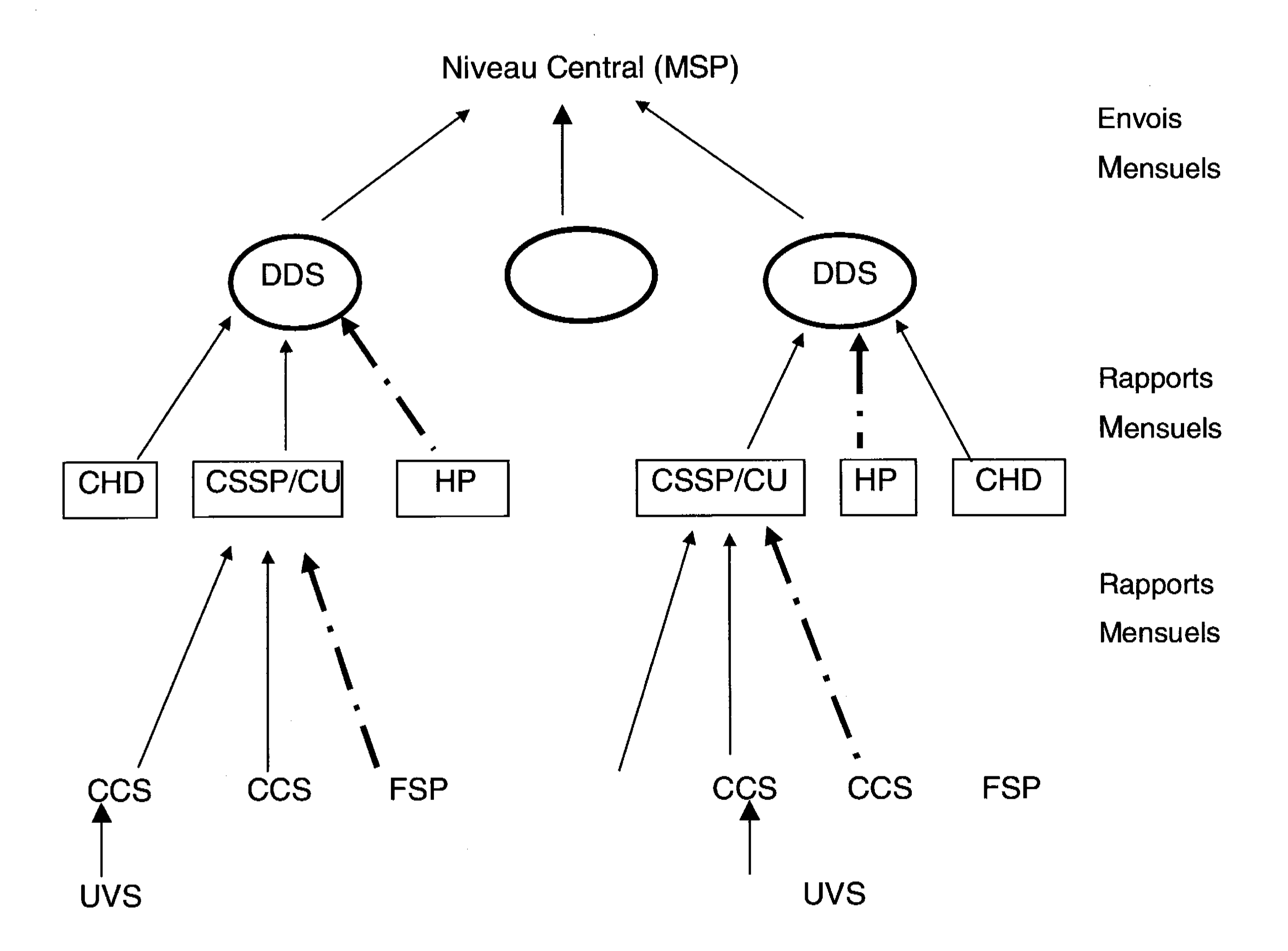
Les hôpitaux privés et les centres hospitaliers des départements envoient directement un exemplaire de leur rapport ou synthèse d'activité au service de statistiques départemental de la Santé (SEPD).

**Le niveau intermédiaire** englobe les services de statistiques départementales de la Santé dénommés Service des Études, de la Planification et de la Documentation (SEPD). En effet, chaque Direction Départementale de la Santé (DDS) dispose d'un service de statistique qui centralise tous les rapports et en fait la synthèse par type de rapport. Le Bénin compte six Directions Départementales de Santé qui représentent le niveau intermédiaire du flux informationnel du SNIGS. Chaque SEPD à son tour, envoie une synthèse des activités de tout le Département au niveau du Service de Statistiques, de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle (SSDRO) qui en fait une synthèse nationale.

**Le niveau central** est constitué par le Service de Statistiques, de la Documentation et de la Recherche Opérationnelle (SSDRO) du Ministère de la Santé Publique (MSP). Il reçoit l'information des six Directions Départementales de la Santé ainsi que du Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) qui est le centre de référence au niveau national. Il implique ainsi tout le système de santé depuis la périphérie jusqu'au niveau national.

On remarque que les différents niveaux du système sont interdépendants et chacun est responsable, à son niveau, d'un travail spécifique de collecte de l'information. On peut constater également qu'à chaque palier du Système d'information, les problèmes auxquels seront confrontés les animateurs seront différents (recueil, compilation, analyse et diffusion). De plus, la qualité et la quantité de l'information qui arrive au niveau central sont fort dépendantes du dynamisme et du fonctionnement de chacune des étapes de ce système.

## Graphique 1.1 Circuit de l'information sanitaire




NB : — · → symbolise le flux des informations devant provenir des Formations Sanitaires Privées (confessionnelles et lucratives)

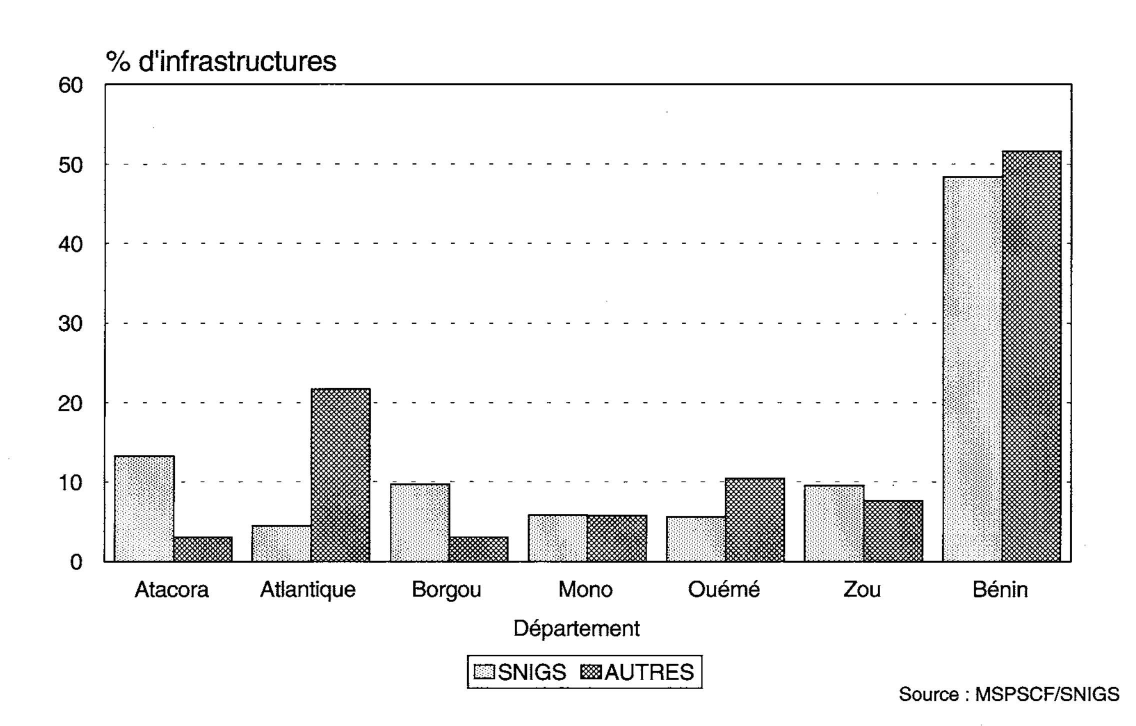
Avec la décentralisation du système de santé, le trajet de l'information s'est quelque peu modifié car l'information n'est plus seulement convoyée et analysée uniquement au niveau central mais à tous les autres niveaux de la pyramide pour permettre une orientation adéquate des décisions au niveau local.

Pour ce qui est de la couverture du système, toutes les formations publiques sont d'office impliquées dans le SNIGS. Certaines formations sanitaires privées confessionnelles, et surtout celles exerçant dans la partie septentrionale du pays, participent très activement à l'animation du Système en fournissant comme dil est demandé tous les rapports sur leurs activités. Certaines formations privées confessionnelles du sud, fournissent les informations mais d'une manière qui n'est pas exploitable pour le système, elles sont donc considérées comme n'en faisant pas partie.

Cette participation à la collecte de l'information est variable selon le département. Le graphique 1.2 qui suit présente l'état de la couverture du SNIGS par département. Dans la rubrique « autres » sont comptabilisées les formations sanitaires privées à but lucratif et les formations privées confessionnelles qui ne participent pas au système. Signalons ici que parmi ces formations, certaines ont adopté les outils du SNIGS comme outils de gestion mais jugent qu'ils n'ont pas le temps nécessaire pour établir des rapports d'activité pour le Ministère de la Santé.

Les départements de l'Atlantique (surtout Cotonou) et de l'Ouémé (Porto-Novo et ses alentours) bénéficient de la quasi totalité des services du secteur privé lucratif. Dans les autres départements, on constate que le secteur public y est très représenté. Il convient de signaler ici que les infrastructures privées et publiques ne sont pas de même envergure. Les formations sanitaires publiques sont beaucoup plus importantes que les privées lucratives. Cette différence de taille se situe dans la capacité des formations publiques (selon les catégories) à recevoir et à mettre en observation un plus grand nombre de malades que les cabinets privés lucratifs. On ne s'étendra pas ici sur la conformité ou non des infrastructures sanitaires privées car il existe des normes requises (cf. MSP/MPRE,1994). Pour ce qui concerne les formations sanitaires publiques, plus de 80 % d'entre elles sont conformes aux normes de l'OMS.

## Graphique 1.2 Pourcentage de formations sanitaires couvertes par les SNIGS dans chaque Départment en 1996



### 1.1.2 Objectifs du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires

Comme nous l'avons signalé précédemment, les objectifs du Système ont été définis lors de la première évaluation de son fonctionnement par les différents acteurs en juin 1991. Selon le rapport final du Séminaire (MSP, 1991, p.9), les participants s'étaient entendus sur le fait que le Système devait permettre :

- « d'une part de contribuer à la définition de la politique nationale de santé et d'assurer sa mise en œuvre,
- d'autre part, de disposer d'information fiables et pertinentes nécessaires à la planification ainsi que le suivi, la gestion et l'évaluation des activités sanitaires aux niveaux périphérique et intermédiaire ».

Le Système comprend trois niveaux hiérarchiques et chacun s'est vu assigné, depuis 1991, des objectifs précis[2].

**Niveau périphérique**

**Échelon CCS**

- collecter, synthétiser et transmettre les données au niveau CSSP/CU dans les délais impartis (les délais sont variables suivant les outils);
- analyser l'évolution des indicateurs de santé du centre

**Échelon CSSP/CU**

- collecter, synthétiser les activités de soins et de gestion de la sous-préfecture;
- analyser l'évolution des indicateurs de santé de la sous-préfecture et de la contribution de chaque CCS dans la performance globale;
- assurer la rétro-information et la supervision des activités sanitaires;
- faciliter la gestion efficace des ressources matérielles, financières et humaines;
- permettre la continuité des soins et le suivi des cas;
- contribuer à l'uniformisation des supports de données simples.

**Niveau intermédiaire**

**Échelon DDS**

- collecter, synthétiser et analyser périodiquement les données sanitaires en provenance des formations sanitaires périphériques et des hôpitaux du département en vue de prendre des décisions;
- assurer effectivement et régulièrement une rétro-information;
- transmettre au niveau Central la synthèse des informations sanitaires du département dans les délais impartis;
- permettre la continuité des soins et le suivi des cas;
- contribuer à l'uniformisation des supports de données simples.

---

[2] Pour plus de détails sur les objectifs spécifiques de chaque niveau, cf. le document du SNIGS : MSPSCF/SSDRO/SNIGS, 1996, voir Bibliographie.

**Niveau Central**

**Échelon Service Statistique du Ministère**

- collecter, synthétiser et analyser les activités de soins et de gestion des ressources sanitaires de tout le pays;
- analyser l'évolution des indicateurs nationaux et la contribution de chaque département dans la performance globale;
- assurer effectivement et régulièrement une rétro-information;
- assurer la mise en place au niveau central d'une base de données regroupant l'information relative à la santé de la population et au système de santé.

Pour réaliser ces objectifs, le SNIGS dispose d'outils spécifiques à chaque niveau de collecte et de synthèse de la pyramide et à chaque activité de soins.

### 1.1.3 Les outils de collecte utilisés

On distingue trois séries de supports de collecte dans le SNIGS :

**Les supports de gestion (série A)** collectent les informations sur le Personnel, les Finances, le Matériel et les Médicaments
**Les supports de soins curatifs (série B)** recueillent les informations relatives aux soins curatifs
**les supports de Santé Maternelle et Infantile (série C)** rassemblent les informations sur les soins de Santé Maternelle et Infantile, la Planification Familiale et la Nutrition.

C'est cette dernière catégorie de supports qui nous intéresse tout particulièrement et que nous allons présenter ici.

***Les outils de Santé Maternelle et Infantile, Planification Familiale et Nutrition (SMI/PF/Nut)***

Les outils utilisés sont de différentes sortes suivant l'activité et suivant le niveau de la pyramide où l'on se trouve. La lettre de la série (ici C) sera suivie d'un chiffre allant de 1 à 11. On distingue :

- les outils exclusivement utilisés dans les formations sanitaires (Périphérie) : ce sont les registres, les fiches, les cartes et les carnets. Ils sont à usage local. Les patients gardent les carnets alors que les fiches, les cartes et registres restent dans les formations sanitaires.
- les fiches de dépouillement et de transmission entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ce sont les rapports d'activité.

Chaque outil poursuit un but précis dans la gestion de l'information sanitaire recueillie auprès des femmes et des enfants.

*Le carnet de santé (C1)* : document mis à la disposition de la future mère afin d'y « inscrire tous les événements concernant la grossesse, l'accouchement et les 3 premières années du développement de l'enfant ». La mère pourra emporter ce carnet partout où elle va et pourra le présenter à toute consultation.

*La carte infantile (C2)* : permet de « suivre le développement psychomoteur, staturo-pondéral et la vaccination de l'enfant de 0-36 mois pris en charge par le centre de santé ». Cette carte reste dans la formation sanitaire et permet la recherche active des enfants cibles en cas de besoin.

*La carte maternelle (C3)* : comme la précédente, cette carte permet de « disposer dans la formation sanitaire d'un dossier de suivi de la femme enceinte, du début (1ère visite prénatale) jusqu'à la 1ère visite postnatale (4 à 6 semaines après l'accouchement) ». Lorsqu'elle est correctement remplie et bien classée, cette carte permet d'identifier les accouchements dystociques, de rechercher la femme en cas de besoin.

*La carte de Planification Familiale (C4)* : permet « d'assurer le suivi des femmes acceptant une des quatre méthodes contraceptives disponibles (pilule, injection, DIU, norplant ». Elle permet une bonne programmation des activités.

Les trois cartes C2, C3 et C4 contiennent tous les renseignements socio-démographiques de la femme et de son conjoint comme l'âge, le lieu de résidence, l'activité socioprofessionnelle, la parité et éventuellement les antécédents familiaux (Annexe1).

*Le Registre de décompte journalier des activités SMI/PF/NU (C5)* : permet à l'agent de santé d'enregistrer quotidiennement les activités de maternité, de santé maternelle et infantile (SMI), de vaccination et de Planification Familiale (PF) de la femme. Il lui permet aussi de faire des synthèses mensuelles. Il reste dans la formation sanitaire. Cet outil, ne comporte aucune information individuelle sur la femme. Ce sont les nombres absolus des actes qui y sont répertoriés et qui vont servir à remplir les différents rapports destinés au sommet de la pyramide sanitaire.

*Le rapport sur les activités de Maternité (C6)* : utilisé pour faire la synthèse mensuelle des activités de maternité, de Santé maternelle et infantile, de PF et de Nutrition dans la formation sanitaire. Il est utilisé à tous les niveaux et dans les formations privées.

*Le rapport des activités de vaccination (C7)* : permet au responsable des services de vaccination et au responsable de la formation sanitaire de faire une synthèse mensuelle de leurs activités.

*Les rapports de synthèses (C8, C9, C10, C11)* : qui reprennent au niveau de la Sous-Préfecture ou de la Circonscription Urbaine, les synthèses des activités de vaccination(C8), de maternité (C9), de PF (C10), de SMI (C11) menées dans toutes les formations sanitaires du territoire du responsable.

*Le relevé épidémiologique mensuel (B5)* : Utilisé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, il permet de relever les principaux motifs de consultations. Au total 28 affections y sont énumérées, dont le paludisme, le neuropaludisme, la toux (coqueluche, infections respiratoires aiguës basses), la diarrhée. Pour compléter cet outil de collecte, il existe une définition des différentes affections afin de s'assurer de l'uniformité des classements. Ici, seuls les groupes d'âge sont maintenus dans les synthèses. Ce rapport est complété à partir du Registre de soins curatifs (B1) conservé dans la formation sanitaire et qui comporte tous les détails sur le malade.

## 1.2 L' Enquête Démographique et de Santé du Bénin

Cette enquête fait partie de la troisième phase du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys – DHS). L'exécution de l'EDSB-I, à l'instar de toute enquête comporte plusieurs étapes : la préparation, la collecte, l'analyse et la diffusion des résultats[3]. La collecte proprement dite s'est déroulée du 5 juin au 31 août 1996.

[3] Toutes les différentes phases sont décrites dans le Rapport Final de l'enquête.

### 1.2.1 Objectifs et outils de collecte de l'EDSB-I

Spécifiquement, l'enquête vise à :

- mesurer les niveaux de fécondité, de mortalité maternelle et infanto-juvénile selon certaines caractéristiques socio-démographiques;
- analyser les différents facteurs qui déterminent ces niveaux;
- déterminer la couverture de la contraception par méthode;
- évaluer les besoins non satisfaits en matière de Planification Familiale et les niveaux de fécondité non désirée;
- collecter des données précises sur la santé familiale;
- mettre à la disposition des responsables des données actualisées sur la santé.

La collecte a été faite grâce aux outils standards dont dispose Demographic and Health Surveys (DHS). DHS possède des questionnaires utilisables dans les pays à forte fécondité et ceux applicables aux pays à faible fécondité. Pour le Bénin, ce sont ceux de la première catégorie qui ont été retenus. De plus, dans ce cadre, trois questionnaires différents ont été utilisés : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme et homme, le questionnaire communautaire.

***Le questionnaire ménage*** : il comprend globalement trois sections et permet de recueillir les principaux éléments pouvant aider à l'identification et à la composition du ménage. Il permet aussi de relever les caractéristiques des membres du ménage ainsi que des informations relatives à leurs conditions de vie. C'est à partir de cet outil de collecte qu'on identifie les personnes éligibles pour l'enquête individuelle.

***Le questionnaire individuel*** : il est composé de six à dix sections selon qu'il est destiné respectivement aux hommes ou aux femmes. On peut considérer ce questionnaire comme la partie vitale de l'Enquête Démographique et de Santé. Il permet de collecter des données sur :

1. Les caractéristiques socio-démographiques de l'enquêté(e) telles que l'âge, la religion, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le lieu de résidence, l'ethnie.

2. Les perceptions de l'enquêté(e), son comportement et ses intentions en matière de reproduction : l'historique de naissance des enfants et leur survie, l'intention d'avoir encore ou non des enfants.

3. La connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives (modernes et locales), la perception concernant la disponibilité des services de Planification Familiale.

4. La surveillance des grossesses, l'allaitement et la santé de l'enfant : le suivi de la grossesse, le lieu d'accouchement, l'alimentation du jeune enfant, les vaccinations, les comportements des femmes face aux récents épisodes de fièvre, toux et diarrhée des enfants nés durant les trois années ayant précédé l'enquête.

5. Le mariage et l'activité sexuelle au sein du couple.

6. Les préférences en matière de fécondité : sexe des enfants, contrôle de l'écart entre les grossesses, discussion au sein du couple.

7. L'activité professionnelle de la femme et les caractéristiques du conjoint.

8. Les maladies sexuellement transmissibles (MST) et Sida : le niveau de connaissance et les précautions envisagées.

9. La mortalité maternelle : à partir d'informations liées à la survie des sœurs de l'enquêtée et de la cause du décès.

10. Les mesures anthropométriques (poids, taille) des enfants âgés de moins de trois ans et de leur mère.

***Le questionnaire communautaire*** : il comporte trois sections portant successivement sur l'identification de la grappe, les caractéristiques de la communauté et les établissements (infrastructures) de santé et de Planification Familiale.

Dans cette étude, c'est le questionnaire individuel femme qui nous intéresse et, en particulier, la section portant sur la grossesse des femmes et la santé des enfants. Dans cette section, les questions 407, 412, 449, 450, 451, 452, 454, 462 et 462B (EDSB-I, 1996) portent sur le personnel et les lieux auxquels la femme a eu recours pour surveiller sa grossesse, pour accoucher et pour soigner la diarrhée, la fièvre et la toux de ses enfants. Ces questions portent sur les enfants qui sont nés durant les trois années qui ont précédé l'enquête.

### 1.2.2 Échantillonnage et base de sondage

L'enquête a initialement prévu un échantillon de 5000 femmes mais, en réalité, 5491 femmes ont été interrogées, avec succès, à l'aide du questionnaire individuel. Ces femmes sont âgées de 15 à 49 ans et sont réparties dans les six départements du pays, à savoir l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, le Mono, l'Ouémé et le Zou.

L'échantillonnage est basé sur un sondage aréolaire stratifié à deux degrés (département et milieu de résidence). Chacun des six départements a été stratifié en urbain et rural soit au total douze 12 strates. Les grappes ont été tirées à l'intérieur des strates avec une probabilité proportionnelle à leur taille. Les strates ont été différemment sondées pour assurer une représentativité nationale. Le tableau 1.1 qui suit donne la distribution du nombre de grappes finalement retenues pour l'enquête.

Tableau 1.1 Distribution des grappes retenues dans l'enquête démographique par département

| | Grappes prévues | | Grappes tirées | |
|---|---|---|---|---|
| Département | Urbain | Rural | Urbain | Rural |
| Atacora | 14 | 17 | 14 | 18 |
| Atlantique | 30 | 14 | 30 | 14 |
| Borgou | 14 | 17 | 14 | 18 |
| Mono | 8 | 21 | 8 | 22 |
| Ouémé | 15 | 16 | 16 | 16 |
| Zou | 10 | 20 | 10 | 20 |
| Bénin | 91 | 105 | 92 | 108 |

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 1996

En terme de ménages, la base de sondage utilisée est le Recensement Général de la Population effectué en 1992. Les résultats de ce recensement ont été jugés satisfaisants en son temps par les autorités nationales et les bailleurs de fonds (PNUD, FNUAP) responsables de l'opération. Il a aussi été caractérisé par un faible

taux d'omission et de personnes qui n'ont pas déclaré leur âge. Le tableau 1.2 en donne la distribution par département et au niveau national.

Le recensement de 1992 a permis d'effectuer les projections qui ont servi aux tirages des grappes. Lors de la cartographie, les ménages contenus dans les grappes tirées ont été intégralement recensés (énumération) afin de permettre une remise à jour des grappes tirées.

Au total 4777 ménages ont été tirés pour l'enquête ménage au sein de laquelle toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans devaient être enquêtées individuellement. De ces 4777 ménages, 1908 ont été retenus pour y conduire des enquêtes individuelles « homme » pour les hommes âgés de 20 à 64 ans.

Tableau 1.2 Répartition des taux d'omission par département au Recensement Général de la Population du Bénin de février 1992

| Département | Taux de couverture | Taux d'omission | Nombre de personnes non déclarées | % non déclarés pour 100 000 hab |
|---|---|---|---|---|
| Atacora | 0,955 | 0,045 | 268 | 41 |
| Atlantique | 0,983 | 0,017 | 921 | 86 |
| Borgou | 0,984 | 0,016 | 393 | 47 |
| Mono | 0,969 | 0,031 | 323 | 48 |
| Ouémé | 0,923 | 0,077 | 776 | 88 |
| Zou | 0,962 | 0,038 | 653 | 80 |
| Bénin | 0,958 | 0,042 | 3334 | 68 |

Source : INSAE/ FNUAP/PNUD

On constate que tous les ménage, les femmes et les hommes sélectionnés n'ont pas été effectivement interviewés. Cet écart entre l'échantillon prévu et celui effectivement utilisé peut être source de biais. Ici, le taux de non réponse est inférieur à 6 %. Cela donne un bon niveau de sondage pour l'échantillon retenu : au moins 94 % de la population sélectionnée a été retrouvée et interviewée (MPRE, DHS,1997).

## 1.3 Limites de chaque méthode de collecte

Les deux procédures de collecte de données qu'on vient de présenter ne sont pas à l'abri de problèmes pouvant entacher la qualité de leur recueil. Nous allons présenter ici certains problèmes spécifiques à chacune des deux procédures qui, selon nous, en constituent leurs limites.

### 1.3.1 Limites du SNIGS

Partie intégrante du système national de soins, le SNIGS repose sur les activités des formations sanitaires. L'enregistrement des cas est une phase importante de la constitution des flux d'information du système, l'information non collectée ne pouvant être ni notifiée, ni utilisée.

Les données collectées sont rarement exhaustives, car aucun système de santé ne peut enregistrer tous les cas. Au Bénin, le développement actuel du secteur privé non intégré au système d'information est un handicap majeur à l'exhaustivité des cas signalés au niveau national.

Au sein du secteur public, on tend à l'intégralité des notifications par les formations sanitaires bien que, par moments, on note des variations dans leur participation[4]. Selon les statistiques sanitaires de 1996, sur 2076 rapports attendus, 1986 ont été reçus soit une complétude nationale de 96 %. Par département, cette complétude des rapports varie suivant le type de rapport et elle est comprise entre 90 et 100 %.

La validité des données collectées concerne aussi bien la notification que le diagnostic. La validité du diagnostic ne dépend pas du SNIGS mais plutôt de la compétence médicale des professionnels de santé. Au Bénin, la mise en place de documents indiquant le cheminement à suivre par l'infirmier (ère), la sage-femme et le médecin à partir des symptômes signalés par le malade (ordinogramme) a permis un essai de standardisation de la démarche diagnostique et des traitements envisageables. Il faut dire que l'utilisation de cet outil n'est pas effective dans toutes les formations sanitaires car au cours de certaines supervisions que le service statistique du niveau central a effectuées, nous avons pu constater que, bien qu'il soit disponible dans certaines formations sanitaires, il n'est pas utilisé comme il se doit. Le SNIGS a essayé de renforcer cette standardisation en diffusant pour la collecte, une liste de définitions des affections, limitées aux maladies figurant sur les rapports mensuels de soins curatifs (B5).

Les biais enregistrés au niveau du SNIGS sont de plusieurs types. On distingue ceux liés à la gestion financière et ceux liés à la qualité de la collecte.

Les biais liés à la première catégorie sont variables suivant les types de formations sanitaires et ce parce que la gestion des médicaments essentiels est étroitement liée au nombre de cas notifiés. Il s'agit de :

1. sous - notification au niveau des hôpitaux avec enregistrement des actes facturés uniquement;
2. sur-notification au niveau des formations sanitaires périphériques avec enregistrement de cas fictifs pour masquer les détournements de médicaments.

Les biais relevant de la seconde catégorie sont liés à l'élaboration des rapports et découlent de la qualité de l'information disponible dans le système. Il s'agit des erreurs de transcriptions. Ces erreurs sont de deux types :

- l'erreur de compilation qui a lieu au moment où l'agent comptabilise le nombre total de cas reçus au cours d'une période (journalier (*C5*), ou(mensuel *C6, C9, C10, C11*), ou (annuel);
- l'erreur de transcription proprement dite qui a lieu au moment où l'agent consigne par écrit (ou par saisie au niveau de la DDS) le nombre de cas sur le rapport.

Au cours de la deuxième évaluation du SNIGS en 1994, l'enquête d'observation menée pour évaluer ces erreurs à tous les niveaux du système a révélé pour les outils de Santé Maternelle et Infantile (SMI) les résultats (MSP, SNIGS, 1994) suivants :

- 61 % des formations sanitaires publiques remplissent correctement les registres (C5) et fiches à usage local (C3 et C4), c'est-à-dire que toutes les rubriques sont remplies;
- Pour la concordance[5] des rapports envoyés à l'échelon supérieur et les données figurant dans le registre de la formation sanitaire, on obtient un niveau de complétude de 88 % entre les CCS et CSSP/CU alors qu'il est de 63 % entre les CSSP/CU et les DDS.

---

[4] Le principe n'est pas complètement acquis car on est obligé d'insister auprès de l'administration, voire de se déplacer pour récupérer certains rapports au niveau des formations sanitaires.

[5] Signalons que pour cette vérification, un mois, au hasard dans l'année, a été dépouillé sur place par l'équipe chargée de l'enquête.

On peut retenir aussi le fait que le SNIGS répond difficilement aux situations d'urgence. En effet, on ne peut suivre directement sur le terrain l'évolution d'une épidémie puisqu'il faut attendre la fin du mois pour avoir les rapports. Ceci a justifié la mise en place pour certaines affections (méningite, choléra, tétanos néonatal,..) d'un système d'alerte basé sur d'autres outils permettant de déclarer les cas au fur et à mesure qu'ils se présentent lorsqu'il y a épidémie. Néanmoins, le SNIGS veille à ce qu'il y ai une concordance entre les cas déclarés dans les deux systèmes.

Enfin, le système d'information sanitaire ne permet pas de connaître les caractéristiques socio-culturelles, démographiques et économiques des gens qui fréquentent les infrastructures et qui permettent ce recueil d'information dans le pays. Même si ces informations sont relevées grâce à certains supports, elles sont tout de suite abandonnées lorsqu'il s'agit de faire les différentes synthèses.

### 1.3.2 Limites de l'EDSB-I

La procédure de collecte utilisée dans l'EDSB-I est sujette à deux types d'erreur : les erreurs d'observation et les erreurs d'échantillonnage. Les erreurs d'observation sont des biais imputables à la collecte et à l'exploitation des données tels que :

- l'omission de ménages sélectionnés;
- les problèmes de date des événements démographiques;
- la mauvaise interprétation des questions aussi bien de la part de l'enquêtrice que de l'enquêtée;
- les erreurs de saisie des données.

Ces biais sont difficiles à estimer et on supposera qu'ils ont été minimisés le plus possible car des efforts particuliers ont été déployés pour obtenir des informations complètes et valides.

Une partie des erreurs peuvent être liées à l'exhaustivité de l'échantillon tiré. Les erreurs d'échantillonnage, quant à elles, sont liés à la base de sondage et à la procédure de tirage de l'échantillon.

La base de sondage utilisée est le Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH2) de Février 1992. Selon Desabie, J. (1971), une base de sondage doit posséder au minimum les trois qualités suivantes :

1. elle doit être exhaustive et non redondante, régulièrement mis à jour;
2. les unités constitutives de la base doivent être parfaitement délimitées et aisément repérables sur le terrain;
3. les règles d'association entre les différentes unités doivent être parfaitement définies : présence de renseignements pouvant permettre une stratification aux différents niveaux de sondage et la présence de données permettant d'apprécier la taille des unités.

Dans le cas de l'enquête démographique et de santé du Bénin, la base de sondage n'est pas redondante et possède un faible taux d'omission (< 10%). Le recensement date de moins de cinq ans au moment de l'enquête. De plus, l'enquête a utilisé les mêmes unités de base : les zones de dénombrements (ZD) du recensement. Ces zones de dénombrement possèdent des informations pouvant permettre des stratifications à divers niveaux et l'appréciation de leur taille.

Le plan de sondage a essayé de minimiser les variations entre les estimations :

- un taux de sondage homogène à l'intérieur des strates urbaine et rurale de chaque département afin que le sous-échantillon de ménages de chaque strate soit auto-pondéré;

- la répartition non-proportionnelle de l'échantillon de ménages parmi les strates avec application de coefficients de pondération pour assurer la représentativité réelle de l'échantillon au niveau national.

Mais, on devra s'attendre à :

- des estimations moins précises que celles d'un échantillon élémentaire. Cette imprécision variera aussi suivant la variable estimée.
- des intervalles de confiance très importants selon les estimateurs (taux, moyennes, quotients ou proportions).

Enfin, la taille prédéfinie des échantillons des Enquêtes Démographiques et de Santé constitue une limite à la mesure de certains phénomènes démographiques comme la mortalité.

Il faut souligner aussi que les questions habituellement posées au cours de ces enquêtes touchent de près à la vie privée des individus qu'il est légitime de se demander si l'enquêté(e) a effectivement donné la «vraie» réponse. N'oublions pas que dans certaines sociétés, en particulier en Afrique, toutes les questions ne se discutent pas encore «au grand jour» et encore moins avec une personne extérieure à la cellule familiale.

Pour les questions Q452 et Q462, les réponses prévues sont ambiguës et ne permettent pas une bonne répartition des femmes pour l'analyse des différents recours. Pour ces questions, les femmes qui répondent par la négation sont classées dans la rubrique « aucun recours » or, le fait de ne pas demander conseil à quelqu'un, ne veut pas dire que l'on n'a rien utilisé. Une question subsidiaire aurait permis d'identifier ceux qui ont utilisé une infusion ou un médicament qu'on avait prescrit précédemment à l'enfant. Dans ce cas, il s'agit de médecine traditionnelle ou d'auto traitement (auto médication).

En conclusion, on peut dire qu'hormis les réserves émises ci-dessus, les données collectées par le SNIGS permettent d'apprécier l'ordre de grandeur des problèmes de santé sans mesurer exactement l'état sanitaire de la population. Elles permettent aussi de surveiller les tendances globales. Le SNIGS a actuellement fait un effort dans l' implantation de :

- mécanismes de collecte et d'exploitation des données;
- relations fonctionnelles entre les différents niveaux du système de soins national;
- outils de collecte et de synthèse standardisés;
- définitions précises de concepts utilisés dans la collecte des informations;
- guide de référence pour l'utilisation des outils de collecte avec les procédures;
- objectifs précis par niveau de collecte.

Pourtant, certaines difficultés persistent au niveau du Système d'Information Sanitaire qui concernent sa couverture insuffisante, ce qui entraîne des circuits parallèles d'information et le manque d'utilisation de l'information collectée.

Les enquêtes, quant à elles, permettent de disposer d'informations de meilleure qualité bien qu'elles ne fournissent pas toujours (cela dépendant de la méthode d'échantillonnage) des estimations parfaites des phénomènes. Elles offrent néanmoins une plus grande latitude dans les variables explorées. Enfin, il faut ajouter que le coût d'une enquête est moins élevé que celui d'un Système d'Information Sanitaire.

L' EDSB-I a permis au Bénin de pouvoir disposer de certains indicateurs de couverture sanitaire quel que soit le lieu ou le type de recours.

# CHAPITRE 2
# PROCESSUS D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Le rapport final de l'EDSB-I a mis en évidence des différences, selon les variables socio-démographiques, dans le comportement des femmes à l'égard de l'utilisation des services de santé disponibles dans le pays. Ces écarts observés ne sont pas le fait du hasard et peuvent selon certains travaux contemporains être expliqués par plusieurs facteurs.

Selon P. Fournier et S. Haddad (1995), on peut aussi examiner l'utilisation des services sanitaires comme « le résultat d'une démarche qui amène l'individu ayant un problème de santé à recourir à une ressource sanitaire » (p. 318). Dans ce cas, le comportement observé au sein de la population dépendra non seulement de l'individu lui-même mais aussi de son environnement.

Dans ce chapitre, nous allons, d'une part, présenter les variations observées dans l'utilisation des services de santé et d'autre part, dégagé, à l'aide d'une analyse bivariée, les différentes relations existant entre les caractéristiques socio-culturelles, démographiques et économiques de la femme et les différents recours aux soins de santé. Le test du chi deux sera utilisé pour trouver le degré d'association observé entre les variables indépendantes et les dépendantes utilisées.

## 2.1 Cadre théorique et hypothèses

Beaucoup d'études ont été menées sur l'utilisation des services de santé dans le monde. Certains auteurs ont essayé d'en synthétiser les résultats à travers des méta-analyses.

Axel Kroeger (1983) et Pierre Fournier et Slim Haddad (1995), qui ont essayé de répertorier les différents facteurs associés à l'utilisation des services de santé à travers la littérature disponible, constatent que ces derniers sont multiples et que les liaisons observées sont variables selon le contexte socio-culturel et économique.

Généralement, les éléments pouvant intervenir dans le choix des services de soins sont :

- les caractéristiques individuelles (caractéristiques socio-culturelles, économiques et démographiques,...)
- la maladie et ses perceptions (nature, durée, sévérité)
- les caractéristiques des services (qualité, coût, accès géographique) et
- les perceptions que la population en a.

Dans les récents travaux de E. Gomes do Espirito Santo et al. (1998) sur l'utilisation des services offerts à la population résidant dans la ville de Cotonou (Capitale économique du Bénin), plusieurs facteurs ont été évoqués comme ayant été déterminants dans les choix thérapeutiques recensés. Ils citent entre autres, la proximité des services, la confiance entre le malade et le personnel soignant, le coût, l'accueil ainsi que certaines caractéristiques socio-démographiques des enquêtées.

Compte tenu de ce qui précède et eu égard aux données disponibles, on peut se poser la question suivante : ***les femmes en âge de procréer et vivant au Bénin, bénéficient-elles de la même chance de recourir aux infrastructures modernes (publiques ou privées) pour accoucher ou pour soigner leurs enfants?*** De cette première question découlera ma première hypothèse qui sera formulée comme suit :

**Hypothèse 1** *: Il existe des inégalités socio-culturelles (niveau d'instruction, ethnie, religion, autonomie financière,...) dans le recours de la femme aux infrastructures modernes disponibles au Bénin.*

Pour Bailey, W. et Philips, D., (1990), différents éléments peuvent entrer en compte dans l'explication de l'utilisation des services de santé. Les nombreuses études réalisées à ce sujet dans les pays en développement ont démontré que plusieurs facteurs sont déterminants dans ce recours et que les relations observées peuvent varier suivant le contexte (social, politique, économique, culturel) et suivant la catégorie de soins (soins curatifs, accouchements, services préventifs). Aussi, divers facteurs socioéconomiques, culturels et politiques ont une influence sur la santé à travers l'usage que font les individus des services sanitaires disponibles (Barbieri, M., 1991).

**Graphique 2.1 Cadre théorique de FOURNIER et HADDAD (1995)**

Selon P. Fournier et S. Haddad (1995), avant d'utiliser un service, l'individu chemine à travers un processus que l'on peut schématiquement diviser en quatre étapes successives :

1. Il est d'abord confronté à un problème sanitaire qui peut être physiologique, psychologique, ou fonctionnel : c'est **l'émergence d'un besoin de santé.**

2. Puis lui-même ou sa famille essaye de reconnaître les actions thérapeutiques potentiellement utilisables : c'est **l'émergence d'un besoin de service.**

Ces deux premières étapes sont intimement liées à l'interprétation que peuvent faire la collectivité et l'individu concerné de l'origine de ce problème de santé. Le passage de ce stade du processus au suivant sera influencé par un certain nombres de considérations ayant trait aux capacités financières et aux priorités du ménage ou de l'individu.

3. Puis c'est **le choix du ou des prestataires**. Ce choix est fait compte tenue des avantages et coûts que ces soins occasionnent ainsi que des résultats antérieurs obtenus par les prestataires identifiés. Tout cela peut influencer la décision de recourir ou non à tel service et par conséquent, le choix à effectuer.

4. Et finalement, c'est **l'utilisation** proprement dite (p. 318-319).

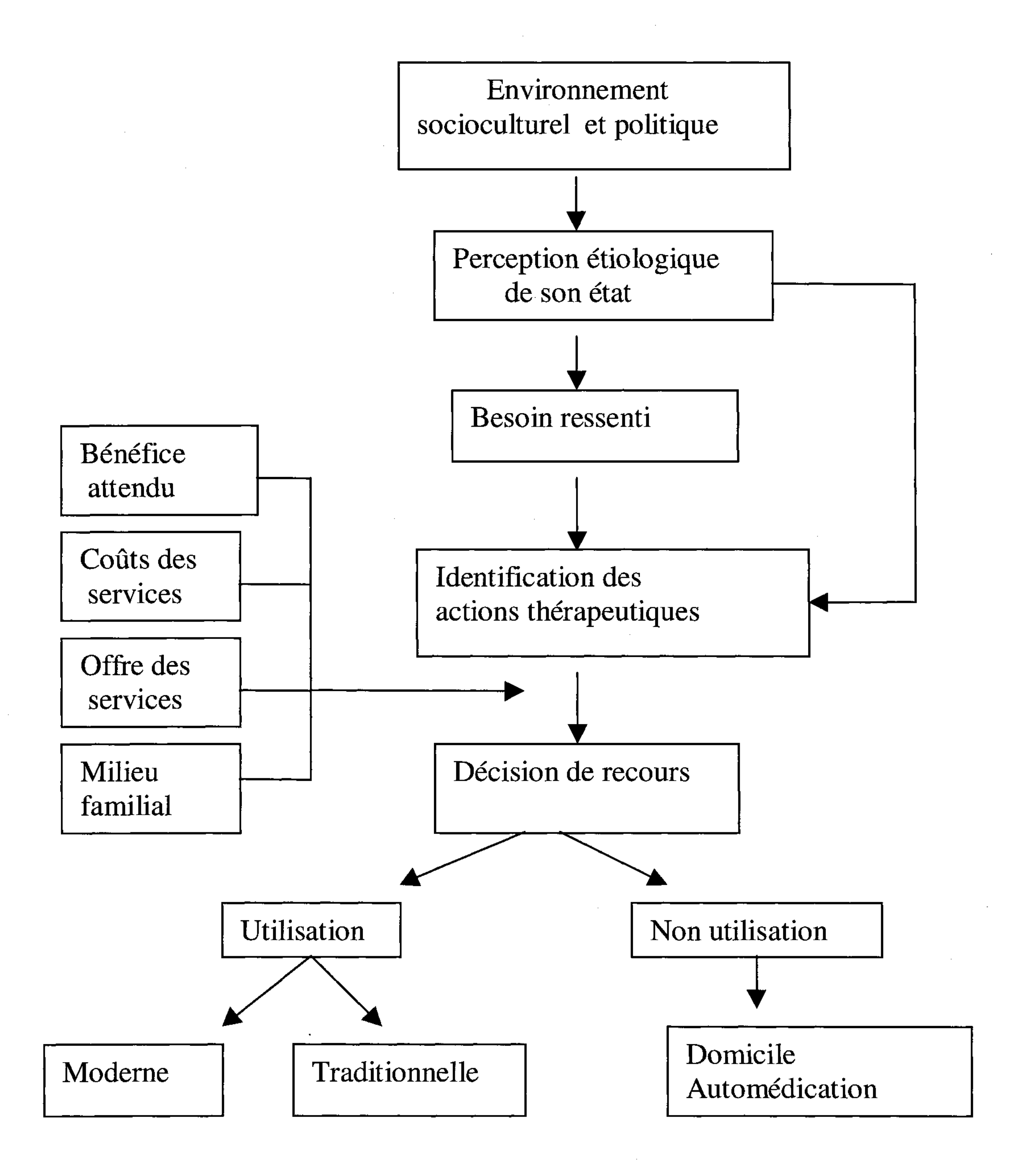
Donc l'utilisation des services de santé par un individu, passe par une série d'étapes à travers lesquelles interfèrent l'individu, son ménage et la communauté au sein de laquelle il vit. Le cadre suivant permet de schématiser les mécanismes identifiés et les éléments importants dudit cheminement.

Inspiré du cadre précédent, nous proposons un cadre analytique de ce processus de décision des femmes d'utiliser ou non un service de santé, processus qui selon nous aurait une influence incontestable sur le choix qu'elles effectuent finalement dans les services disponibles.

La décision d'une femme d'utiliser tel ou tel service de santé ne survient seulement qu'après avoir ressenti un besoin de service. Ce besoin est déterminé par sa perception étiologique du problème sanitaire qu'elle a identifié. Puis, elle explore correctement les actions thérapeutiques disponibles et envisageables compte tenu des différents coûts, de l'offre des services et du milieu familial dans lequel elle vit. Ce besoin ressenti fait appel surtout à la réaction que l'on a face à une affection que l'on reconnaît comme morbide. Bien sûr, ici, l'état de grossesse n'est pas une maladie, mais l'issue favorable souhaitée demande qu'on ait recours à un certain nombre de visites médicales pour le suivi et l'accouchement. Or, la connaissance que la femme peut avoir de son état et/ou de la maladie de son enfant dépend du contexte culturel dans lequel elle vit. Et c'est en ce sens que Prins, G., (1979) affirme que « les normes et les croyances relatives à la maladie sont partout culturellement encodées; le langage des symptômes et des signes est culturellement encastré ». Donc la perception d'une maladie passe par sa définition culturelle et « la reconnaissance d'une affection est liée aux normes et aux valeurs d'une société ou d'un groupe social » (Surault, P., 1983).

La perception de la femme qui est dans un premier temps déterminée par le contexte socio-culturel et politique, induira son besoin en matière de santé. Ce besoin fait suite à une identification des actions thérapeutiques, identification qui dépend aussi dans une certaine mesure de la perception qu'a la femme de son état et de la disponibilité des services (offre qui inclut l'accessibilité financière et physique des infrastructures). De même, le milieu familial et le bénéfice attendu auront une influence sur cette identification. Tout ceci aboutit à un choix. Cette décision d'utiliser ou non une infrastructure sanitaire détermine, par ricochet, les niveaux de fréquentation des différents secteurs de soins disponibles.

**Graphique 2.2 Schéma analytique du processus d'utilisation des soins construit à partir de celui de FOURNIER et HADDAD (1995)**




Selon Fournier et Haddad (1995), cette théorie du processus d'utilisation des services de santé implique dans sa vérification, un certains nombre de déterminants qui sont de différente nature. Pour le cadre analytique proposé, la réfutation de la théorie avec l'empirie va nécessiter des variables de niveau collectif et de niveau individuel. Nous ne disposons pas de variables telles que la perception de la femme, son besoin ainsi que les coûts, les bénéfices attendus…et pouvant permettre d'opérationnaliser les différents concepts impliqués dans ce processus de décision

D'autre part, du fait que les caractéristiques socio-culturelles et démographiques des femmes aient quand même un lien direct et / ou indirect avec lesdits concepts, nous essayerons de savoir, dans une deuxième

étape, si le biais de fréquentation entraîné par l'implantation massive des infrastructures privées en milieu urbain a une influence sur le recours des femmes.

Par conséquent, la deuxième hypothèse sera la suivante :

**Hypothèse 2** ***: L'implantation massive des infrastructures privées en milieu urbain influence l'offre des soins et entraîne une différence de recours des femmes selon le milieu de résidence pour les services de Santé Maternelle et Infantile au Bénin.***

Pour vérifier ces hypothèses, il est nécessaire d'utiliser d'indicateurs. La détermination de ces derniers passe par la connaissance du contenu de chaque terme clé des hypothèses. Les différentes définitions permettront d'identifier les variables à travers lesquelles on compte opérationnaliser les concepts utilisés.

## 2.2 Utilisation des services de Santé Maternelle et Infantile disponibles

La médecine moderne offre actuellement différents services de soins de Santé Maternelle et Infantile dont un certain nombre ont été évoqués lors de l'EDSB-I en 1996. Il s'agit des services de consultations prénatales, d'accouchement et de soins curatifs pour les enfants.

Comme nous l'avons dit précédemment, seules les réponses des femmes qui ont eu leur dernier enfant au cours des trois années qui ont précédé l'enquête sont ici exploitées.

### 2.2.1 Les consultations prénatales

Au cours de l'enquête, certaines questions ont été posées à la femme pour évaluer le suivi de sa grossesse. Les réponses à ces questions à propos du personnel consulté seront utilisées pour analyser la fréquentation des soins prénatals disponibles.

L'état de santé de l'enfant durant les premiers mois de vie dépend beaucoup des conditions d'évolution de la grossesse. Le suivi prénatal chez une femme enceinte permet de minimiser les dangers pour l'issue de cette grossesse (malformations congénitales, morbidité maternelle, mortinatalité,..), bien que pour être efficaces, ces consultations doivent intervenir précocement et à des stades précis de la grossesse.

Dans le secteur moderne, étant donné que les mêmes catégories socioprofessionnelles sont utilisées pour désigner le personnel soignant, on ne saurait dissocier ceux qui travaillent dans les différents secteurs privé/public. Pour suivre leur grossesse, les femmes ont déclaré avoir vu : un médecin, une sage-femme, un infirmier(ère), une fille de salle, une accoucheuse traditionnelle, ou n'avoir consulté personne.

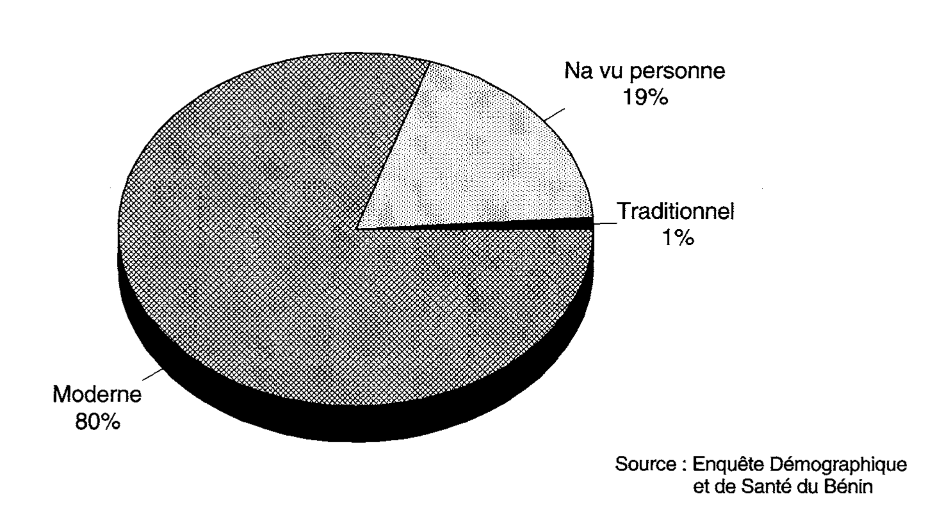
Pour cette étude, on regroupera sous les deux différents secteurs de soins (moderne et traditionnel) le personnel consulté et la rubrique « autre » regroupera celles qui ont déclaré n'avoir pas eu recours aux deux catégories précédentes.

Ici, le personnel consulté nous permet seulement de connaître la proportion des femmes qui ont eu un suivi de grossesse et celles qui n'en ont pas bénéficié. Elle permet d'évaluer la proportion de femmes qui accouchent sans avoir bénéficié d'un suivi prénatal. Comme nous l'avons signalé précédemment, les matrones/ accoucheuses traditionnelles travaillent sous la supervision d'un infirmier(ère) ou d'une sage-femme. Cependant, tout comme les filles de salle (aides-soignantes), elles ont appris à faire certains gestes et à reconnaître les signes qui nécessitent le recours à a un infirmier ou à une sage-femme.

En raison des données disponibles, le secteur moderne regroupera ici toutes les femmes qui ont consulté soit un médecin, une sage-femme, une infirmière ou une fille de salle et le secteur traditionnel celles qui ont vu l'accoucheuse traditionnelle. Remarquons néanmoins que les matrones ne sont pas très sollicitées. Lorsqu'il s'agit d'un suivi de grossesse les femmes préfèrent s'adresser à un agent de santé ou, au pire, elles ne consultent personne.

Le graphique 2.3 présente la distribution des femmes selon le secteur auquel elle ont eu recours pour les consultations prénatales.

**Graphique 2.3 Consultations prénatales des femmes selon le secteur**




Sur les 2596 femmes qui ont eu une dernière naissance durant les trois années ayant précédé l'enquête, 80 % d'entre elles ont fait l'objet d'une consultation dans une structure moderne soit publique ou privée et 0,6 % seulement ont été vues par des accoucheuses traditionnelles dans une UVS. Cependant, 19 % des femmes n'ont vu personne au cours de leur grossesse c'est-à-dire qu'environ une femme sur cinq arrive au terme de sa grossesse sans avoir effectué un examen médical.

Tout comme l'a montré l'EDSB en 1996, le niveau de consultation prénatale est assez élevé au sein de la population féminine béninoise mais il n'en demeure pas moins que des efforts restent à faire pour sensibiliser les femmes aux divers dangers qu'elles courent lorsqu'elles ne vont pas en consultation tout au long de leur grossesse.

### 2.2.2 Les accouchements

Pour évaluer l'utilisation des infrastructures sanitaires, on a exploité les réponses faites par les 2596 femmes sur le lieu où elles ont accouché de leur dernier enfant. Remarquons ici que sur les 2596 femmes, seulement 2592 ont déclaré le lieu d'accouchement de leur dernier enfant. L'information disponible sur le lieu de l'accouchement est répartie selon les secteurs public, privé, traditionnel et domicile.

Le secteur moderne regroupe les femmes qui ont accouché dans les infrastructures sanitaires publique ou privée. Le secteur traditionnel comprend les femmes qui ont accouché avec l'aide des matrones/accoucheuses traditionnelles. En fait, l'implication des UVS au secteur public permet éventuellement d'intégrer le secteur traditionnel au public car les activités des matrones intègrent le secteur public par l'intermédiaire des CCS de tutelle.

Enfin dans la catégorie « Domicile », on a regroupé celles qui ont accouché ailleurs que dans les deux autres catégories (champs, maisons, marché,...). Le tableau suivant nous donne la distribution des accouchements suivant le lieu.

Le tableau 2.1 donne une répartition des accouchements. On constate que plus de la moitié des femmes qui ont eu un dernier enfant durant les trois années qui ont précédé l'enquête ont accouché dans une infrastructure publique (54,2 %). Il faut signaler qu'une femme qui accouche dans une UVS (Unité villageoise de Santé) est prise en charge par une matrone, ce qui signifie que le SNIGS prend en compte les 3,4 % des accouchements assurés dans le secteur traditionnel.

La proportion des femmes ayant déclaré avoir accouché dans une infrastructure privée (privée lucratif et privée confessionnelle) représente 9,6 % alors que 36,2 % ont accouché à domicile.

Tableau 2.1 Distribution des accouchements au sein de l'échantillon de l'EDSB-I selon le secteur en 1996

| Lieu de recours (secteur) | | Effectif | % |
|---|---|---|---|
| | Public | 1317 | 50,8 |
| Moderne | Privé | 248 | 9,6 |
| | ***Total*** | ***1565*** | ***60,4*** |
| Traditionnel | | ***88*** | ***3,4*** |
| Domicile | | ***939*** | ***36,2*** |
| Total | | 2592 | 100,0 |

Source : Enquête Démographique et de Santé

En fait, le secteur privé, qui focalise tant l'attention des autorités, ne couvre environ que 10 % des accouchements survenu au sein de la population et 15 % de ceux survenus dans le secteur moderne. Par contre, la proportion des femmes n'utilisant pas les services de soins maternels disponibles est préoccupante car elle concerne 36 % des femmes qui accouchent par an.

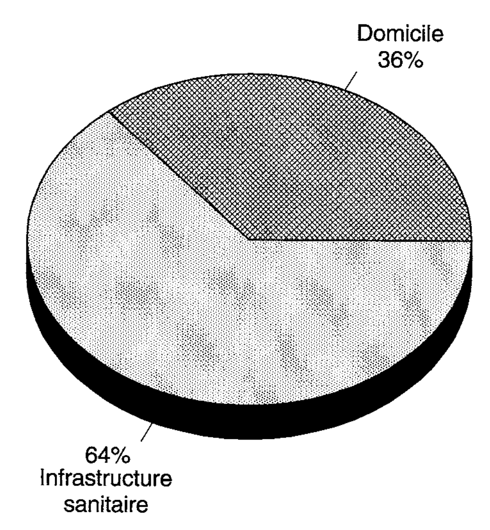
Sur les 1653 accouchements qui ont eu lieu dans le secteur moderne, environ 85 % ont eu lieu dans une infrastructure publique. C'est ici le lieu de reconnaître les résultats encourageants de la politique décentralisée d'implantation des formations sanitaires du secteur public. En effet, entre 1986 et 1996, le Ministère de la Santé s'est employé à développer les infrastructures sanitaires en milieu rural en réhabilitant celles qui existaient et/ou en construisant là où elles n'existaient pas encore. Le nombre de Centres Communaux de Santé (CCS) est passé de 296 en 1986 à 403 en 1996, soit un accroissement de 36 % et le nombre des Unités Villageoises de Santé (UVS) est passé de 281 en 1986 à 299 en 1996 (annexe 2).

Parmi les 15 % des accouchements couverts par le secteur privé, 4 % sont survenus dans le privé confessionnel et 11% dans le privé à but lucratif.

On peut donc regrouper les femmes en deux grandes catégories : celles qui utilisent les infrastructures sanitaires (publiques ou privées) et celles qui n'utilisent pas.

Comme le montre le graphique 2.4, au Bénin, en 1996, environ deux naissances sur cinq surviennent encore à domicile avec tous les dangers que cela comporte pour la mère et le bébé.

**Graphique 2.4 Distribution des femmes selon qu'elles utilisent ou non les services de Soins Maternels pour l'accouchement au Bénin en 1996**




Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin

### 2.2.3 Traitements des maladies infantiles

À cause du climat, les maladies saisonnières sont fréquentes au Bénin et les enfants de 0 à 5 ans en sont fréquemment affectés (Bachabi, R., 1990). Ces affections se répartissent de la manière suivante : du 1$^{er}$ au 3$^{ème}$ trimestre, on observe une recrudescence des cas de rougeole, puis de paludisme et enfin de coqueluche. Tout au long de l'année, on retrouve les pneumonies à pneumocoques.

L'enquête EDS a collecté des données sur les trois maladies infantiles suivantes : la diarrhée, la fièvre et la toux. Ici comme pour les soins maternels, on retiendra les enfants de position 1, c'est-à-dire les derniers enfants.

Les femmes devaient répondre à un certain nombre de questions concernant l'état de santé de leur enfant durant les quinze jours qui ont précédé l'enquête (Q449, Q450, Q451,Q452, Q453, Q454).

On supposera que ces femmes, dont on va étudier le comportement en matière de recours aux services de santé, gardent la même attitude lorsqu'il s'agit de ces affections pour n'importe quel enfant né durant les trois années précédant l'enquête. Ceci parce que certaines femmes ont eu plus d'un seul accouchement durant la période.

Le tableau suivant donne la proportion des enfants malades durant les deux semaines qui ont précédé le jour de l'interview. L'enquête s'est déroulée pendant la période qui correspond au moment où la fièvre et la toux, qui sont des affections saisonnières, touchent un grand nombre d'enfants.

Plus de la moitié des enfants avaient eu de la fièvre et environ 36 % avaient souffert de toux. On remarque qu'environ le quart des enfants avaient eu la diarrhée. La moitié des enfants (52 %) avaient souffert de fièvre. Ceci parce que le Bénin est situé dans une zone où le paludisme est une affection pratiquement endémique.

Tableau 2.2 Proportion d'enfants de moins de trois ans souffrant de fièvre, de toux ou de diarrhée

| Affection | Effectif | % |
|---|---|---|
| Diarrhée | 662 | 25,5 |
| Fièvre | 1339 | 51,7 |
| Toux | 935 | 36,1 |

Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin,1996

## Recours aux soins des femmes face à un cas de diarrhée

Sur les 662 femmes dont les enfants ont fait un ou plusieurs épisodes de diarrhée, 656 d'entre elles ont déclaré le comportement qu'elles avaient adopté pour traiter la maladie : 27 % des femmes se sont tournées vers les structures sanitaires modernes pour soigner leurs enfants (graphique 2.3) parmi elles, 21 % se sont adressées à des structures publiques, c'est-à-dire relevant de l'état et 6 % ont utilisé des structures privées (à but lucratif et confessionnelles).

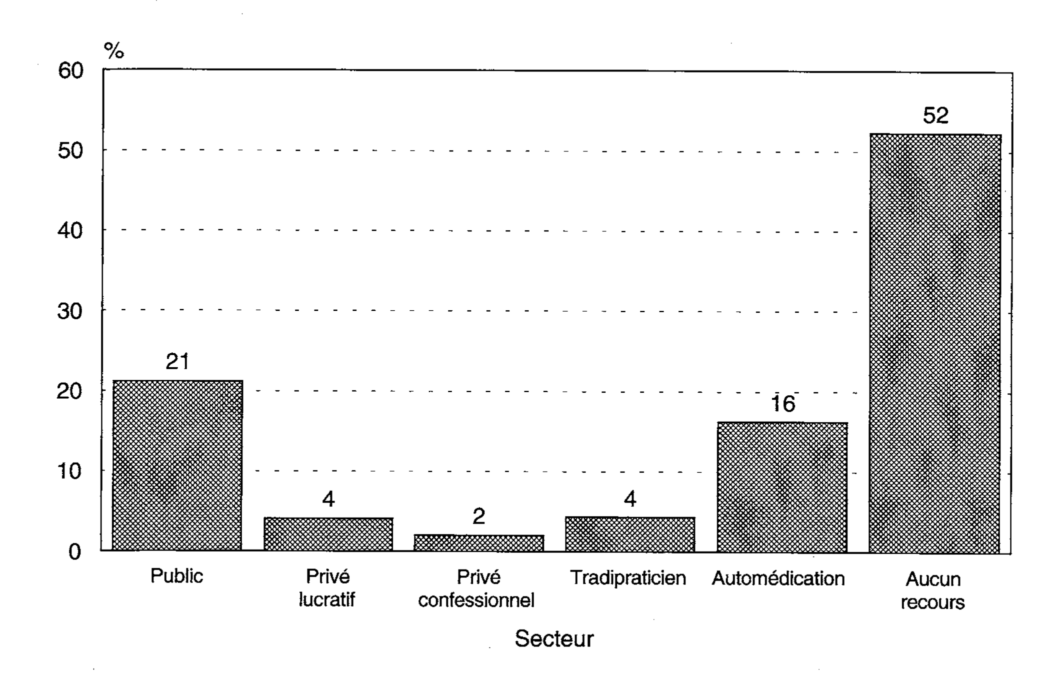
On constate qu'environ 16 % d'entre elles ont recouru à l'automédication et 52 % n'ont recouru à aucune structure sanitaire.

Le fait que plus de la moitié des femmes n'ait eu aucun recours nous semble invraisemblable. Car remarquons qu'à la question Q462 (*Avez-vous demandé des conseils*?), les femmes pouvaient répondre oui ou non. Si la femme répond « oui », elle a la possibilité d'être répartie dans les catégories suivantes : public, privé, traditionnelle, automédication (pharmacie privée, marché, amis, parents...); si elle répond, « non », elle est classée automatiquement dans aucun recours. Or le fait de n'avoir pas demandé de conseil à quelqu'un ne veut pas dire qu'elle n'a pas soigné son enfant.

En effet, les femmes qui ont répondu « non » peuvent connaître des petits remèdes locaux qui permettent d'arrêter la diarrhée, la fièvre ou la toux. Cette catégorie comprend aussi celles dont l'enfant a été déjà traité une fois pour la même affection et qui pensent qu'elles peuvent recourir au même traitement que précédemment. Ceci nous fait penser que cette catégorie de femmes illustre bien celles qui recourent à l'automédication par « simple habitude » ou « pour minimiser les dépenses ».

Dans les cas de diarrhée, on constate que certaines femmes ont eu recours aux compétences des tradipraticiens pour soigner leurs enfants. On constate qu'une même proportion de femmes se sont adressées au secteur privé lucratif; par contre, deux fois plus de femmes se sont tournées vers les formations privées confessionnelles.

## Graphique 2.5 Répartition des femmes selon le secteur de recours pour la diarrhée des enfants




Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin

Dans une étude menée récemment dans la ville de Cotonou sur les itinéraires thérapeutiques des gens (Gomes E. et al., 1998), plus de 59 % avaient eu recours à l'automédication qu'ils justifiaient dans 65 % des cas par le fait que c'était le traitement habituellement utilisé et qu'il était efficace. On retrouve des résultats ainsi que des raisons similaires dans les travaux de Develay, A. et al. (1996) concernant l'utilisation des services de santé dans la ville de Ouagadougou.

Dans cette étude, lorsqu'on parlera d'« auto-traitement », on regroupera ensemble les catégories « automédication et aucun recours ». Par conséquent, pour soigner la diarrhée de leurs enfants, 68 % des femmes ont eu recours à l'auto-traitement.

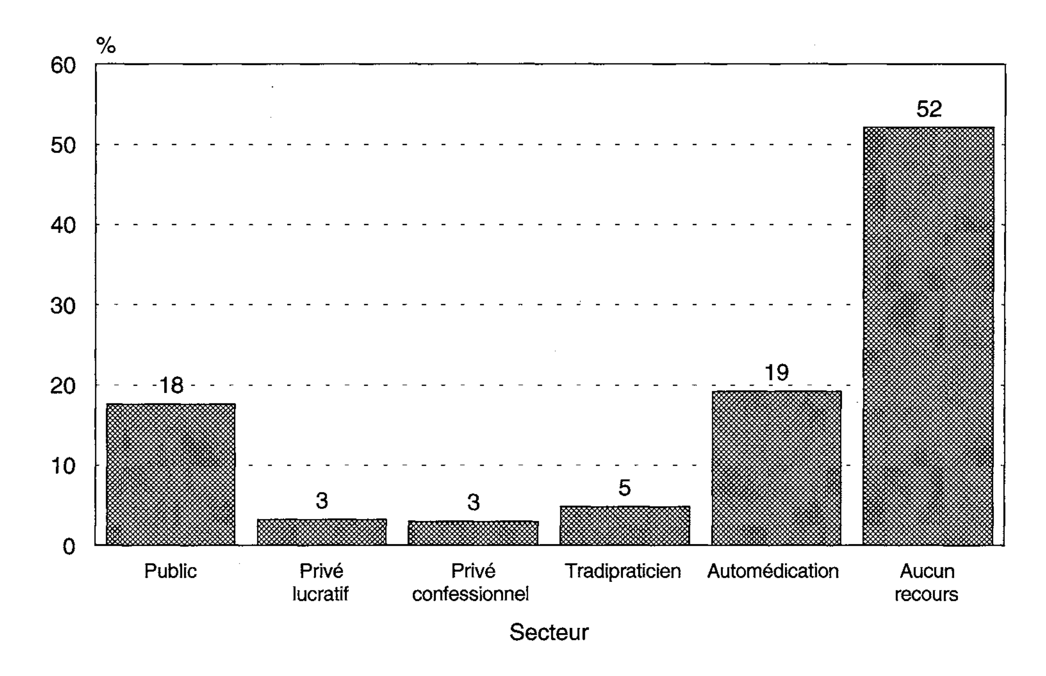
**Recours des femmes pour soigner la toux chez les enfants**

Dans cette rubrique, seulement 931 femmes ont signalé l'attitude qu'elles ont adoptée pour résoudre le problème de santé de leurs enfants.

On constate ici (graphique 2.4) que seulement 24 % des femmes ont eu recours à une infrastructure moderne (public, privé et confessionnel) dont 18 % dans le secteur public. Environ 71 % des femmes ont eu recours à l'auto-traitement.

On remarque ici que les tradipraticiens sont sollicités dans les mêmes proportions pour soigner la fièvre/toux des enfants que dans le cas de la diarrhée. Au Bénin comme dans beaucoup de populations africaines, lorsque certaines hyperthermies restent indéterminées ou inexpliquées, la femme préfère aller vers le tradipraticien qui a une perception multidimensionnelle de la maladie : langage qu'elle comprend aisément puisque inclus dans sa culture.

## Graphique 2.6 Distribution des femmes selon le secteur de recours pour soigner la fièvre/toux de leurs enfants




Source : Enquête Démographique et de Santé du Bénin

En réalité, l'auto-traitement moderne et traditionnel méritent d'être comptabilisés ensemble car dans les deux groupes, il n'a été fait recours à aucune structure pour les soins de l'enfant. Cette attitude n'est pas sans danger pour la population et frappe aussi bien les femmes instruites que celles sans instruction. Ceci rejoint également les récents résultats de E. Gomes do Espirito Santo et al. (1998), qui estiment à 59 % la proportion de la population de Cotonou qui utilise l'automédication en 1ère intention et ce par habitude ou pour éviter les dépenses (p.197-198).

En conclusion, on peut retenir que la situation sanitaire d'un pays reste donc tributaire des attitudes, des comportements et des croyances des populations en matière de santé et de leur statut économique.

Aussi, la disponibilité, la qualité et le coût des soins de santé influencent diversement les recours possibles de la population aux différents secteurs sanitaires. Cette disponibilité concerne tant les ressources matérielles qu'humaines pouvant permettre l'exercice des compétences acquises. En ce qui concerne la population féminine de l'échantillon de l'EDSB-I qui fréquente les centres de santé, on constate qu'une proportion plus importante de femmes s'adresse au secteur public que privé pour l'accouchement et les soins des enfants.

Ceci pourrait s'expliquer par le déploiement des infrastructures publiques dans tout le pays (milieux rural et urbain) alors que les cabinets médicaux privés sont surtout implantés dans les villes. Pour ces derniers, la plus grande disponibilité du personnel soignant à l'égard du malade, son accueil et le fait de pouvoir bénéficier des premiers soins contre remboursement après la consultation expliquent le niveau de leur fréquentation. Ce qui nous parait important, c'est la proportion des non utilisatrices tant pour l'accouchement (36 %) que pour les maladies infantiles (70 %).

## 2.3 Les déterminants du choix du secteur moderne

Les déterminants du choix du secteur moderne sont associées aux différences sociales et culturelles observées au sein de la population d'une même localité ou d'un pays. Ces différences peuvent apparaître dans l'accès des populations aux ressources nationales à cause de leurs caractéristiques individuelles.

Dans le cadre de notre étude, on ajoutera aux caractéristiques socio-culturelles des femmes, les caractéristiques économiques et démographiques parce qu'elles peuvent influencer le recours des femmes aux soins. Les caractéristiques socio-culturelles, démographiques et socio-économiques des femmes disponibles dans l'Enquête Démographique sont : l'état matrimonial, le milieu de résidence, l'ethnie, la religion, le niveau d'instruction et l'activité économique, l'âge et la parité. Ces variables sont classées selon le niveau individuel et contextuel.

Nous allons examiner les effets de ces caractéristiques d' une part, sur le choix du secteur moderne (domicile verus moderne) et d'autre part, sur le choix du type de secteur (public versus privé).

### 2.3.1 Les accouchements « Domicile » versus « Moderne »

Certaines caractéristiques sociales, culturelles et économiques de la femme semblent fortement associées à l'utilisation des services de Santé Maternelle disponibles au Bénin (tableau 2.3). Le fait que la femme accouche à domicile ou dans une formation sanitaire n'est pas dû au hasard pour les variables telles que le niveau d'instruction, le milieu de résidence, la religion, l'ethnie, l'activité économique et la parité. Pour toutes ces variables et le recours ou non des femmes aux formations sanitaires, il existe une liaison statistiquement significative au test du Chi Deux ($\chi^2$). Par contre, l'âge de la femme semble indépendant de son lieu d'accouchement.

Pour déterminer le sens et l'intensité de la liaison observée entre les variables, on a calculé la probabilité relative pour une femme d'un certain groupe de recourir à un type d'infrastructure par rapport à un groupe de référence (ou fréquence relative). Les fréquences relatives sont calculées uniquement pour les variables significativement associées à l'utilisation des services.

On constate globalement que toutes les catégories sociales de l'échantillon ont une probabilité proche ou supérieure à 50 % de recourir au secteur moderne à l'exception des « Bariba, Dendi » et des « Bétamaribè, Peulh, Yoa, Lokpa ».

Comme on s'y attendait, la probabilité pour une femme de recourir à une formation sanitaire moderne pour accoucher augmente avec le niveau d'instruction. Toutefois, il serait bon de relever que plusieurs facteurs peuvent interagir avec le niveau d'instruction comme le revenu ou la couverture sociale[6], c'est–à-dire que des avantages auxquels ont donné droit l'instruction ont parfois des influences directes sur les choix opérés. Ces facteurs expliquent les différences observées dans le comportement des individus qui sont scolarisés comme la fréquentation élevée des services modernes (Bhardwaj, S. 1975) : on ne doit pas oublier que dans certaines administrations, les fonctions exercées à la suite d'un certain niveau d'étude donnent droit à des prises en charge pour les consultations lorsqu'on est (soi-même, son enfant ou son épouse) malade.

[6] On sait que ceux qui ont un niveau d'instruction élevé ont accès à des emplois mieux rémunérés et ont donc un pouvoir d'achat supérieur à ceux qui n'ont pas de travail ou bénéficient d'une prise en charge de leur employeur.

Tableau 2.3 Mesure de l'association entre le lieu d'accouchement et les caractéristiques socio-culturelles et démographiques des femmes (Domicile/ Public/Privé)

| Caractéristiques sociodémographiques des femmes | Domicile (%) | Public (%) | Privé (%) | $\chi^2$ | $P^{Moderne}$ (%) | RR [IC] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Âge** | | | | | | |
| < 19 | 7,5 | 8,3 | 7,3 | | 66 | |
| 20 - 39 | 84,0 | 85,1 | 85,9 | $\chi^2 = 3,3$ | 64 | |
| 40 - 49 | 8,5 | 6,7 | 6,9 | 4 dl (ns) | 58 | |
| N | 938 | 1405 | 248 | | | |
| **Niveau d'instruction** | | | | | | |
| Non instruite | 94,0 | 72,2 | 60,1 | | 57 | 1 (réf,) |
| Niveau primaire | 5,5 | 20,9 | 26,6 | $\chi^2 = 228,1$ | 87 | 1,53 [1,42-1,65] |
| Niveau second et sup, | 0,5 | 6,9 | 13,3 | 4 dl (***) | 96 | 1,68 [1,54-1,84] |
| N | 939 | 1405 | 248 | | | |
| **Milieu de résidence** | | | | | | |
| Rural | 81,1 | 64,7 | 35,1 | $\chi^2 = 204,1$ | 57 | 1 (réf) |
| Urbain | 18,9 | 35,3 | 64,9 | 2dl (***) | 79 | 1,39 [1,31-1,46] |
| N | 938 | 1405 | 248 | | | |
| **Religion** | | | | | | |
| Traditionnelle | 30,0 | 19,5 | 10,1 | $\chi^2 = 300,9$ | 51 | 1 (réf,) |
| Chrétienne | 19,7 | 49,5 | 68,8 | 6dl (***) | 82 | 1,61 [1,50-1,73] |
| Musulmane | 30,4 | 19,3 | 15,4 | | 52 | 1,02[1,01-1,02] |
| Sans religion | 19,9 | 11,7 | 5,7 | | 49 | 0,96 [0,95-0,97] |
| N | 939 | 1405 | 247 | | | |
| **Ethnie** | | | | | | |
| Fon, Adja, Yoruba | 34,0 | 74,5 | 79,8 | $\chi^2 = 480,4$ | 80 | 2,50 [2,24-2,79] |
| Bariba, Dendi | 20,9 | 11,4 | 3,6 | 6dl (***) | 46 | 1,44 [1,38-1,50] |
| Betamaribe, Peulh, Yoa | 40,2 | 11,0 | 9,3 | | 32 | 1 (réf,) |
| Etrangers | 4,9 | 3,1 | 7,3 | | 57 | 1,78[1,66-1,91] |
| N | 938 | 1405 | 247 | | | |
| **Activité économique** | | | | | | |
| Ménagère | 8,0 | 7,2 | 7,7 | $\chi^2 = 119,6$ | 62 | 1,24 [1,18-1,30] |
| Employée | 1,0 | 2,2 | 3,2 | 6dl (***) | 81 | 1,62 [1,45-1,82] |
| Activité rémunérée | 51,7 | 66,1 | 79,8 | | 70 | 1,40 [1,29-1,52] |
| Activité champêtre | 39,4 | 24,5 | 9,3 | | 50 | 1 (réf,) |
| N | 939 | 1404 | 247 | | | |
| **Parité** | | | | | | |
| 1 enfant | 13,8 | 21,7 | 22,6 | $\chi^2 = 39,7$ | 74 | 1,40 [1,22-1,61] |
| 2 - 5 | 53,6 | 52,6 | 56,5 | 6dl (***) | 64 | 1,21 [1,12-1,31] |
| 6 - 8 | 23,2 | 19,7 | 14,1 | | 59 | 1,11 [1,06-1,16] |
| 9 et + | 9,5 | 6,0 | 6,9 | | 53 | 1 (réf,) |
| N | 938 | 1405 | 248 | | | |
| **État matrimonial** | | | | | | |
| Mariée | 99,2 | 98,8 | 97,1 | $\chi^2 = 7,5$ | 64 | 1 (réf.) |
| Célibataire | 0,8 | 1,2 | 2,9 | 2dl (*) | 77 | 1,20[0,99-1,45] |
| N | 926 | 1387 | 243 | | | |

Source : Enquête Démographique et de santé du Bénin, 1996
ns : non significative à $p < 0,10$ (*) : significatif à $p < 0,05$ (**) significatif à $p < 0,01$
(***) : significatif à $p < 0,001$ $P_{moderne}$ : Risque de recourir au secteur moderne
RR [IC] : Fréquence relative [Intervalle de confiance à 99%]

Au Bénin, le fonctionnaire et sa famille (enfant et épouse) bénéficient d'une telle prise en charge de la part de l'employeur. Mais il n'existe pas de prise en charge pour l'achat des médicaments. De même, une femme instruite épouse dans la plupart des cas un homme instruit, par conséquent, dans ces ménages, on observe un effet conjoint des niveaux d'instruction de l'homme et de la femme. On ne s'étonnera donc pas de constater que les personnes instruites et exerçant une fonction dans l'administration publique, utilisent plus fréquemment que les autres les formations sanitaires publiques et/ou privées.

La femme qui vit en milieu urbain a 1,39 fois plus de chance de recourir à une infrastructure moderne pour accoucher que sa sœur qui habite le milieu rural. Ceci ne devrait guère étonner puisque l'implantation abusive des formations sanitaires privées en milieu urbain, décrite au chapitre II, (En particulier, dans le sud du pays et surtout à Cotonou et dans ses zones périurbaines) montre une offre des services plus large en milieu urbain qu'en milieu rural. L'offre des services n'est donc pas équitable entre les deux milieux (urbain et rural). La femme qui pratique les religions traditionnelles et celle qui est musulmane ont les mêmes chances de recourir au secteur moderne pour l'accouchement alors que la chrétienne a une chance plus élevée (RR =1,61).

Comme on s'y attendait, une femme d'ethnie « Fon, Adja, Yoruba » a 2,5 fois plus de chance d'accoucher dans une formation sanitaire moderne qu'une femme d'ethnie « Bétamaribè, Peulh, Yoa, Lopka ». Parmi les ethnies vivant dans le nord du pays, on remarque que les probabilités de fréquentation ne sont pas les mêmes. La femme d'ethnie « Bariba, Dendi » fréquentera plus les formations sanitaires modernes que la femme d'ethnie « Bétamaribè, Peulh, Yoa, Lopka ».

De même, comme on s'y attendait, on s'aperçoit que la femme qui exerce une activité agricole a moins recours aux structures sanitaires pour accoucher que la femme qui est ménagère (RR=1,24) ou que celle qui exerce une activité rémunérée (RR=1,40). Celle qui est fonctionnaire (employée) y a également plus fréquemment recours (RR=1,62).

Les femmes primipares utilisent plus fréquemment que leurs aînées les formations sanitaires modernes pour les accouchements. On remarque que la probabilité d'avoir recours à une structure sanitaire diminue lorsque la parité augmente. Ce qui confirme la différence de comportement entre génération (jeune et vieille) et montre qu'il existe un effet conjoint de l'âge de la femme avec sa parité comme expliqué précédemment.

Enfin, les femmes célibataires ont plus de chance que les femmes mariées d'accoucher dans une formation sanitaire moderne. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les mères célibataires sont de moins en moins abandonnées à elles-mêmes comme auparavant. Elles sont soutenues par leurs familles ou par des ONG.

### 2.3.2 Les accouchements « Public » versus « Privé »

Ici, les mêmes catégories de référence que précédemment ont été reconduites dans le souci de garder une certaine homogénéité dans la présentation. Lorsque la femme choisit d'accoucher dans une infrastructure moderne (publique ou privée), on observe une association entre son type de recours et son niveau d'instruction, le milieu où elle réside, sa religion, son ethnie et son activité économique. Sa parité, son âge et son statut matrimonial sont indépendants du choix opéré (tableau 2.4).

Globalement, les valeurs du $\chi^2$ deux sont plus faibles que celles du tableau précédent. La probabilité pour une femme de recourir à une formation sanitaire publique pour son accouchement, lorsqu'elle a choisi la médecine moderne, est, au moins, égale à 70 % quelles que soient ses caractéristiques socio-culturelles, démographiques et économiques.

Tableau 2.4 Mesure de l'association entre les caractéristiques sociodémographiques des femmes et les secteurs Public et Privé

| Caractéristiques sociodémographiques des femmes | Public (%) | Privé (%) | $\chi^2$ (%) | $P_{Public}$ (%) | RR [IC] |
|---|---|---|---|---|---|
| **Âge** | | | | | |
| < 19 | 8,3 | 7,3 | | 87 | |
| 20 - 39 | 85,1 | 85,9 | $\chi^2 = 0,29$ | 85 | |
| 40 - 49 | 6,7 | 6,9 | 2 dl (ns) | 85 | |
| N | 1405 | 248 | | | |
| **Niveau d'instruction** | | | | | |
| Non instruite | 72,2 | 60,1 | | 87 | 1 (réf) |
| Niveau primaire | 20,9 | 26,6 | $\chi^2 = 18,5$ | 82 | 0,94 [091-0,98] |
| Niveau second et sup, | 6,9 | 13,3 | 2 dl (***) | 75 | 0,86 [0,79-0,94] |
| N | 1405 | 248 | | | |
| **Milieu de résidence** | | | | | |
| Rural | 64,7 | 35,1 | $\chi^2 = 77,2$ | 91 | 1 (réf) |
| Urbain | 35,3 | 64,9 | 1 dl (***) | 75 | 0,82 [0,77-0,87] |
| N | 1405 | 248 | | | |
| **Religion** | | | | | |
| Traditionnelle | 19,5 | 10,1 | $\chi^2 = 34,0$ | 92 | 1 (réf) |
| Chrétienne | 49,5 | 68,8 | 3dl (***) | 80 | 0,87 [0,82-0,93] |
| Musulman | 19,3 | 15,4 | | 88 | 0,96[0,94-0,98] |
| Sans religion | 11,7 | 5,7 | | 92 | 1 |
| N | 1405 | 247 | | | |
| **Ethnie** | | | | | |
| Fon, Adja, Yoruba | 74,5 | 79,8 | $\chi^2 = 23,8$ | 84 | 0,97[0,95-0,99] |
| Bariba, Dendi | 11,4 | 3,6 | 3dl (***) | 95 | 1,09[1,04-1,14] |
| Betamaribe, Peulh, Yoa | 11,0 | 9,3 | | 87 | 1 (réf) |
| Etrangers | 3,1 | 7,3 | | 70 | 0,80[0,71-0,90] |
| N | 1405 | 247 | | | |
| **Activité économique** | | | | | |
| Ménagère | 7,2 | 7,7 | $\chi^2 = 28,6$ | 84 | 0,90[0,86-0,95] |
| Employée | 2,2 | 3,2 | 3dl (***) | 79 | 0,84 [0,77-0,91] |
| Activité rémunératrice | 66,1 | 79,8 | | 82 | 0,89[0,84-0,94] |
| Activité champêtre | 24,5 | 9,3 | | 94 | 1 (réf) |
| N | 1404 | 247 | | | |
| **Parité** | | | | | |
| 1 enfant | 21,7 | 22,6 | $\chi^2 = 4,4$ | 84 | |
| 2 - 5 | 52,6 | 56,5 | 3dl (ns) | 84 | |
| 6 - 8 | 19,7 | 14,1 | | 89 | |
| 9 et + | 6,0 | 6,9 | | 83 | |
| N | 1405 | 248 | | | |
| **Etat matrimonial** | | | | | |
| Mariée | 98,8 | 97,1 | $\chi^2 = 3,4$ | 85 | |
| Célibataire | 1,2 | 2,9 | 1 dl (ns) | 70 | |
| N | 1387 | 243 | | | |

Source : Enquête Démographique et de santé du Bénin, 1996
ns : non significative à $p < 0,10$ (*) : significatif à $p < 0,05$ (**) significatif à $p < 0,01$
(***) : significatif à $p < 0,001$ $P_{public}$ : Risque de recourir au secteur public
RR [IC] : Fréquence relative [Intervalle de confiance à 99%]

On constate une diminution progressive de la probabilité de recourir à une formation sanitaire publique avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme. La femme non instruite a tendance à fréquenter davantage les formations publiques que celle des autres catégories. Celle qui habite le milieu rural recourt plus fréquemment au secteur public que celle qui habite le milieu urbain. Ceci est tout à fait normal dans la mesure où la disponibilité des structures privées en milieu rural est très faible voire nulle (cf. chapitre 1, page 10 : organisation de la collecte du SNIGS).

La femme d'ethnie « Fon, Adja, Yoruba » fréquentera moins un centre de santé public qu'une femme « Bétamaribé, Peulh, Yoa » ou une femme « Bariba, Dendi ». Ces différences de recours pourraient s'expliquer par la concentration des formations sanitaires privées dans le sud du pays, ce qui expliquent aussi le fait que certaines ethnies soient plus favorisées que d'autres. Il est clair que la stratégie de distribution des services de santé publics rend les soins plus accessibles à la population rurale et sans instruction, population qui représente près de 70 % du total.

La femme fonctionnaire a la probabilité la plus faible de s'adresser à une formation publique pour accoucher, suivie par celle qui exerce une activité rémunératrice. Les femmes qui s'occupent d'activités agricoles et ménagères en revanche, se rendent plus fréquemment dans les formations publiques pour leurs accouchements. Ce choix de la femme fonctionnaire pourrait s'expliquer par la qualité de l'accueil réservé aux utilisatrices des services dans le privé ainsi que par le gain de temps (moins de file d'attente).

Dans la mesure où la femme a choisi d'accoucher dans une structure moderne, celle qui est non instruite, vivant en milieu rural, de religion traditionnelle ou sans religion, d'ethnie « Bariba, Dendi », « Bétamaribè, Peulh, Yoa », ou exerçant une activité champêtre aura plus tendance à s'adresser à une structure publique que privée.

On ne saurait refermer cette page sur les accouchements sans ouvrir un paragraphe sur les non utilisatrices des infrastructures modernes (publiques ou privées). Ces femmes ont un profil assez proche de celles qui fréquentent le secteur public. Elles sont non instruites, elles vivent plus en milieu rural, elles ont une parité élevée (6 enfants et +), elle appartiennent aux ethnies « Bétamaribè, Peulh, Yoa ». Elles sont 'sans religion' ou musulmanes ou de religion traditionnelles. Enfin, elles exercent davantage des activité champêtres.

La description des profils de femmes par secteur montre que la différence de recours observée ne peut être expliquée en considérant isolément les diverses caractéristiques socio-culturelles et démographique des femmes. En effet, il existe un lien étroit entre l'ethnie, les départements (niveau d'urbanisation) et l'activité économique. Les ethnies situées dans les départements du nord ont une activité économique différente de celles situées dans le sud. Il existe aussi un décalage dans l'urbanisation des régions qui transparaît au niveau de l'implantation des services de santé dans les différentes localités. Comme le montrent les résultats de l'EDSB-I (1996), ce sont les départements du nord (Atacora, Borgou) et celui du Mono dans le sud qui affichent des niveaux élevés d'accouchement à domicile. À priori, on peut avancer ici un problème d'accessibilité physique : distance entre certains villages et les infrastructures (dans le nord) ou enclavement de certains villages durant les périodes de pluies (dans le sud). Cependant, il serait utile que le Service de la Recherche Opérationnelle qui abrite le SNIGS s'intéresse, sur le plan local, aux diverses raisons que cache ce genre de comportement.

# CHAPITRE 3
# ESTIMATION DE LA COUVERTURE DU SNIGS

La couverture des soins au niveau de la population peut s'estimer de différentes manières compte tenu des objectifs poursuivis. Dans le cadre de cette étude, on utilisera les proportions (pourcentages) de femmes ayant fait appel aux différents secteurs pour l'accouchement. La couverture effective de chaque secteur sera estimée à partir des niveaux d'utilisation observés dans les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSB-I). Puis, on la comparera ensuite à celles relevées par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS) durant la même période.

Ces estimations ne concerneront que les accouchements puisque c'est seulement à ce niveau que les femmes ont précisé le lieu où elles ont accouché de leur enfant.

## 3.1 Comparaison de la couverture des accouchements pour les deux sources

Dans le chapitre précédent, seulement les dernières naissances des femmes ont été utilisées pour déterminer les différents recours. Dans ce paragraphe, toutes les naissances survenues chez les 2592 femmes durant les trois années qui ont précédé l'enquête seront prises en compte. Au total 2940 naissances ont eu lieu durant cette période dont 14 naissances pour lesquelles l'information manque, il reste donc 2926 dont on connaît le lieu d'accouchement.

Pour le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNIGS), la même période de collecte sera observée et on déduira une moyenne annuelle. Durant les années 1994, 1995 et 1996, les statistiques sanitaires nationales ont publié les couvertures de visites prénatales et d'accouchements assistés au sein de la population béninoise déduites des rapports d'activité des formations sanitaires participant au SNIGS. Ces statistiques sont calculées par rapport aux populations cibles nationales (Nombre de femmes en âge de procréer et Naissances attendues).

Tableau 3.1 Pourcentage de consultations prénatales et d'accouchements assistés publié dans les statistiques sanitaires des années 1994, 1995 et 1996

| ANNÉE | 1994 | 1995 | 1996 | Moyenne sur la période |
|---|---|---|---|---|
| % des consultations prénatales | 70 | 69 | 67 | 68,7 |
| % d'accouchements assistés | 52 | 50,2 | 50,5 | 51 |

Source : MSPSCF, SSDRO, SNIGS, 1994,1995,1996

Cette moyenne sur la période représente donc la couverture des accouchements assistés et des consultations prénatales relevée dans le secteur public. Si l'on suppose ici que la femme qui a accouché dans une formation sanitaire y a forcément fait une visite prénatale, on pourra appliquer les 85 % de couverture du secteur public à toute la couverture des consultations du secteur moderne[7]. Ceci nous donne une couverture avoisinant 70 %. Ce qui approche la moyenne publiée par le SNIGS.

Le tableau 3.2 présente les différents pourcentages par secteur et par source. Comme signalé précédemment, le fait que certaines formations sanitaires confessionnelles (Borgou et Atacora) fournissent des rapports qui sont intégrés aux bilans du SNIGS nous oblige à rajouter la couverture du secteur privé confessionnel à celle du public au niveau de l'EDSB-I avant la comparaison.

[7] Le postulat fait est assez fort au sein d'une population où 20 % des femmes ne font aucune visite prénatale jusqu'à l'accouchement.

On note donc un écart allant de 3 à 8 % entre les deux sources : EDSB (56,9 %) et SNIGS (51 %). Le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % autour de la couverture de l'enquête donne une amplitude de 2,7 % : [54,2 – 59,6]. L'écart entre les deux sources demeure toutefois inférieur à 10 %.

Tableau 3.2 Couverture des accouchements assistés selon l'EDS et le SNIGS sur la période 1994-1996

| Secteur | Taux de couverture EDS (%) | Taux de couverture SNIGS (%) |
|---|---|---|
| Public | 54,3 | 51 |
| Privé lucratif | 7,3 | - |
| Privé Confessionnel | 2,6 | - |
| Domicile | 35,8 | - |
| Total | 100,0 | 100 |
| Effectif | 2926 | 277 287 |

Source : Enquête Démographique et de Santé Bénin, 1996 et MSPSCF, SSDRO, SNIGS, 1994,1995,1996

On peut dire que le niveau de collecte du SNIGS est très encourageant car l'écart observé entre la couverture de l'Enquête Démographique et de Santé et la moyenne sur la période des trois ans au niveau du système d'information est relativement faible. La couverture du SNIGS, en ce qui concerne les accouchements dans ses structures publiques, est donc assez proche de la réalité observée au sein de l'échantillon de femmes enquêtées.

On constate aussi sur ce tableau que le secteur privé lucratif accouche environ 7 % des femmes, le privé confessionnel 2,6 % alors qu'il y a encore une grande proportion des femmes (36 %) qui ne vont ni vers le secteur public ni vers le secteur privé pour leurs accouchements. Et à ce niveau, il incombe au SNIGS en temps que « outils de planification sanitaire et de programmation nationale » de chercher les raisons sous-jacentes à ce genre de comportement.

L'analyse de comportement des femmes faite dans la section précédente entre le public et le privé de même que la couverture que l'on vient d'observer pour le secteur privé prouvent bel et bien que la fréquentation du secteur public est de loin supérieure à celle du privé mais la différence de recours observée laisse soupçonner qu'une frange de la population féminine (de plus en plus croissante) affiche un besoin de services non satisfait au niveau des formations sanitaires publiques (qualité de l'accueil, moins de file d'attente). Cette conclusion n'est valable pour nous qu'au niveau des accouchements chez les femmes.

Tableau 3.3 Pourcentage des accouchements par département selon le SNIGS et l'EDSB-I

| Département | SNIGS | EDSB-I | Écart observé |
|---|---|---|---|
| Atacora | 39 | 38 | -34 |
| Atlantique | 52 | 64 | |
| Borgou | 40 | 33 | |
| Mono | 48 | 47 | |
| Ouémé | 61 | 76 | |
| Zou | 60 | 82 | |
| Bénin | 51 | 54 | -3 |
| N | 2926 | 277 287 | |

Source : EDSB-I,1996 & MSPSCF, SNIGS, 1994,1995, 1996

Le niveau de couverture des accouchements relevé par le SNIGS cache des disparités tout comme l'EDSB-I au niveau des départements. Le tableau suivant compare les différents pourcentages par département et selon les deux sources.

Comme on devait s'y attendre, il y a une hétérogénéité dans les niveaux de collecte par département. Si l'on considère que le niveau d'écart acceptable est autour de 10 %,alors on peut dire que seulement deux départements sur six ont un niveau acceptable de collecte pour le SNIGS. Il s'agit des départements de l'Atacora et du Mono. Le sous-enregistrement observé est particulièrement élevé pour les départements de l'Ouémé et du Zou : respectivement 15 % et 22 %. Les départements de l'Atlantique et du Borgou se situent pratiquement au même niveau mais dans des sens différents : pour le premier c'est un sous-enregistrement et pour le second c'est plutôt un sur-enregistrement. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que certaines femmes après avoir accoucher à domicile, se rendent dans les centres de santé pour les premiers soins aux bébés. Dans ces cas, la structure enregistre la naissance. Il faut dire ici que les outils du SNIGS ne permettent pas de déceler ces cas-là. De plus à l'enquête, il a été demandé à la femme, le lieu où elle a accouché. Rien ne permet de repérer cette catégorie de femmes.

Pour les soins curatifs, il serait plus pertinent d'envisager d'autres types de collecte au sein de la population (locale ou nationale) afin de vérifier la tendance.

Au niveau du SNIGS, pour les soins curatifs, la couverture se détermine à partir des nouveaux cas enregistrés dans les formations sanitaires à partir du relevé épidémiologique (**$B_5$**) présenté dans le premier chapitre. Ici, la collecte de l'EDSB ne permet pas de déduire une telle couverture car l'on ne sait pas si c'est en premier recours ou non.

Cependant, il serait bon de passer en revue, les différents niveaux signalés par le SNIGS pour la fièvre et la toux chez les mois de 5 ans.

Tableau 3.4 Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans ayant souffert d'infections respiratoires aiguës (IRA) ou de diarrhée

| Affection | 1994 | 1995 | 1996 | Moyenne sur la période |
|---|---|---|---|---|
| Infections respiratoires aiguës (%) | 10,3 | 22,0 | 21,0 | 18,0 |
| Diarrhées (%) | 17,4 | 10,0 | 10,0 | 12,5 |

Source : MSPSCF, SSDRO, SNIGS, 1994,1995,1996

## 3.2 Évaluation de l'information disponible au SNIGS

Le SNIGS propose chaque année, plusieurs indicateurs à partir des données collectées au niveau des centres de santé pour la santé maternelle et infantile. Le niveau de couverture des accouchements évalué au paragraphe précédent nous permet de vérifier la validité de ces indicateurs. Il faut signaler ici que les divers usages que l'on peut faire d'un indicateur dépend de la définition du contenu de celui-ci. Pour ce qui concerne le SNIGS, les définitions retenues sont celles des Nations Unies pratiquement imposées par OMS/Bénin car comme cela a été souligné lors de la présentation du Système, c'est l'un des premiers bailleurs de fonds ayant soutenu techniquement et financièrement le Ministère de la Santé Publique dans la mise en place du SNIGS. Les indicateurs proposés par le système sont soit des pourcentages, soit des ratios. La prise en charge de la femme enceinte est évaluée à travers les couvertures des consultations Prénatales, Postnatales et des accouchements assistés (indicateurs 1 à 3 du tableau 15 en Annexe 4). Le système essaye d'estimer aussi le ratio de décès maternels à partir de ses données (indicateur 5) malgré toutes les insuffisances qu'on pourrait

lui reprocher. Pour ce qui est de la santé infantile (indicateur 6 à 9), les indicateurs proposés sont : la couverture des consultations des enfants sains (0 - 11 mois et 12 - 35 mois), la proportion des enfants nés avec un poids inférieur à 2500g, les taux de mortalité néonatal précoce et périnatal.

Les différents indicateurs sont calculés de la façon suivante :

- le numérateur est constitué à partir de la synthèse des différents rapports du SNIGS (C5, C6, C9, C11);
- le dénominateur quant à lui se réfère à la population totale du Bénin que l'on utilise ou non les formations sanitaires publiques. Il est construit à partir des projections et des estimations de l'Institut National de Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE), organe officiel chargé des statistiques au Bénin.

La critique fondamentale que l'on peut faire aux différents indicateurs du SNIGS se situe au niveau des numérateurs. Dans ce numérateur, on ne dispose que des femmes qui fréquentent les formations sanitaires publiques et quelques formations sanitaires confessionnelles (quelques formations sanitaires confessionnelles du Nord Bénin). Cependant, ceci veut dire que les indicateurs calculés par le SNIGS intègrent tout de même partiellement (sur le plan socio-culturel et démographique) le secteur privé.

- Pour les indicateurs de couverture, évaluant la fréquentation des différents services, le biais enregistré au numérateur revient donc à une sous-estimation dont le niveau pour le moment n'est pas alarmant si le Ministère de la Santé met tout en œuvre pour récupérer l'information disponible auprès du secteur privé.
- les indicateurs d'événements démographiques surtout les décès, la sous-estimation doit être beaucoup plus élevée car très peu de gens choisissent encore dans nos pays d'aller mourir dans une formation sanitaire puisque, lorsque le cas est désespéré, on laisse parfois sortir le malade (sur demande de la famille). Toutefois, les indicateurs du SNIGS révèlent le niveau actuel de ses enregistrements pour la population qui fréquente ses services sanitaires.

On peut dire au vu tout ce qui précède qu'actuellement le Bénin dispose d'une offre non négligeable de Soins Maternels. Mais cette offre est mal répartie sur le territoire national, ce qui rend l'accessibilité physique difficile pour certaines zones.

Globalement 64 % des accouchements chez les femmes enquêtées ont été assistés. Cette couverture est moyenne et résulte du fait qu'une frange encore importante de la population accouche à domicile (36 %). La non utilisation des services offerts peut ne pas dépendre uniquement des prestataires mais aussi des processus décisionnels et des caractéristiques organisationnelles (horaires des activités) car ces derniers interviennent dans le choix des recours, processus présenté dans le chapitre III mais qui n'a pas pu être validé par manque de données adéquates. Certaines études ont d'ailleurs montré dans certains pays en voie de développement que « l'amélioration de l'accessibilité n'entraîne pas nécessairement un accroissement de l'utilisation des services de santé moderne » (Fournier, P., et Haddad S.,1995).

Certaines variables socio-culturelles et démographiques sont fortement associées aux divers recours des femmes pour l'accouchement. Il s'agit de l'appartenance ethnique, de la religion, du niveau d'instruction et de l'activité économique. Les associations observées sont sans équivoque lors qu'il s'agit du choix entre le domicile et les structures modernes ainsi qu'entre le public et le privé, sous l'hypothèse de « toute chose égale par ailleurs ». Certaines variables comme l'effet de l'instruction et de l'activité économique, disparaissent parfois lorsqu'on contrôle le milieu de résidence, surtout entre le secteur public et le secteur privé.

On peut reconnaître que le Système d'Information et de Gestion Sanitaires a atteint un niveau remarquable dans la collecte de l'information pour ce qui concerne les accouchements. L'EDS a obtenu une couverture de 57 % pour les accouchements survenus dans les formations publiques et privées confessionnelles alors que le SNIGS a obtenu une moyenne sur la période d'observation de 51 %. En insérant cette couverture de l'EDSB dans son intervalle de confiance à 95 %, l'écart entre les deux procédures de collecte varie de 3 à 8 %.

On peut donc dire que le niveau actuel de la collecte du Système National d'Information et de Gestion Sanitaires ainsi que ses indicateurs semblent d'assez bonne qualité mais des efforts restent à fournir pour maintenir tout d'abord le niveau atteint et ensuite l'améliorer.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le contexte actuel de la cohabitation de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne rend nécessaire la mise en évidence des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé offerts à la population.

Durant plusieurs décennies, l'amélioration de l'offre des soins de santé s'est traduit à travers l'augmentation des infrastructures sanitaires pour accroître l'accessibilité physique et parfois financière (Initiative de Bamako). Mais en fait une meilleure disponibilité n'était pas synonyme de meilleure utilisation. Les différentes investigations faites dans le but de mieux connaître les comportements liés à l'utilisation des soins de santé des populations ont révélé dans les Pays en voie de Développement trois particularités essentielles que l'on retrouve également au Bénin :

- l'existence d'un enchevêtrement complexe de systèmes et de sous-systèmes médicaux;
- l'existence d'une pluralité des soins offerts et leur utilisation diversifiée;
- une indépendance relative des utilisateurs vis-à-vis des prestataires.

L'offre des soins mesurée en 1996 au cours de l'Enquête Démographique et de Santé du Bénin a effectivement révélé plusieurs secteurs de référence selon qu'il s'agisse de l'accouchement de la femme ou des soins curatifs pour son enfant. L'analyse statistique réalisée dans ce travail a également montré qu'il existe une association entre les caractéristiques individuelles des femmes et le secteur auquel elles ont eu recours pour les accouchements et les soins des enfants.

Selon Fournier et Haddad, (1995), « l'indépendance des individus à l'égard de leurs dispensateurs[8] leur donne une grande latitude dans leur conduite thérapeutique »[9]. Et ceci est d'autant plus vrai qu'au cours de l'enquête béninoise pour les soins curatifs, les femmes avaient donné plusieurs réponses pour le même épisode de maladie (fièvre, toux, diarrhée de l'enfant) et de toutes les réponses faites, l'automédication ou l'auto traitement[10] vient en tête avec plus de 50 %. Au Bénin cet auto-traitement est observé tant dans le milieu rural que urbain et quel que soit le niveau d'instruction des femmes.

Des résultats présentés dans cette étude, il ressort que même s'il existe plusieurs secteurs de soins au Bénin, ils ne sont pas utilisés avec la même importance au sein de la population féminine béninoise.

Le secteur public qui comporte uniquement les formations sanitaires publiques est le plus fréquenté : plus de la moitié des femmes de l'échantillon utilisent une structure publique pour accoucher (54 %) alors que au plus une femme sur quinze a recours au secteur privé lucratif (7 %). Même si ce secteur privé lucratif semble disposer de plus de ressources (à travers le nombre d'infrastructures et son personnel) le comportement de la population féminine béninoise en âge de procréer, ne semble pas traduire une demande de ce genre de service (cf. les probabilités de recours des femmes dans les différents tableaux). On peut penser que la population utilise ce type de service seulement pour des raisons de commodité et non de préférence puisque dans le milieu urbain, l'une des raisons avancées pour justifier l'utilisation des services privés par les femmes est entre autres la proximité (Gomes do Espirito Santo et al., 1998).

---

[8] Ceci implique que si le malade n'est pas satisfait des soins reçus une première fois, il peut changer de prestataire à la fois suivante avec bien sûr le fait que la maladie est d'abord gérée au niveau de la famille avant de consulter une tiers personne.

[9] p.295

[10] Cela est sûrement un bon terme pour désigner l'acte car en fait ce traitement découle de l'expérience de l'individu face à une maladie qu'il a déjà eue et contre laquelle le traitement a été efficace.

Les résultats ont montré des différences entre la population féminine utilisant les secteurs public et privé au Bénin selon qu'il s'agisse des soins maternels ou des soins curatifs infantiles. À ce stade, les autorités administratives doivent faire un effort pour encadrer le secteur privé au moment où sa couverture est encore faible sinon toute politique nationale de santé ultérieure basée sur le secteur public uniquement risque de souffrir de biais important c'est-à-dire ne plus répondre correctement aux demandes des populations cibles. Comme nous l'avons dit précédemment, les résultats ont montré qu'il existe une différence de recours entre les femmes qui se rendent dans les différents secteurs : public, privé et celles qui ne fréquentent pas du tout les structures modernes.

Pour l'importante proportion de femmes qui accouchent encore sans surveillance médicale (36 %), il importe que le problème soit analysé au niveau des Directions Départementales de la Santé afin de prendre en compte les particularités socio-culturelles des populations concernées car il apparaît que de nombreux facteurs sont impliqués dans ce recours de la femme aux services sanitaires modernes. Les mécanismes décisionnels, les perceptions, les mécanismes familiaux, etc. ont peut-être plus de poids que les seuls facteurs socio-culturels et démographiques pris en compte dans le cadre de cette étude. Les départements du Septentrion (nord) sont les plus touchés : plus de 67 % des accouchements, suivis par le Mono 18 %. Dans ces départements, l'explication du phénomène peut dépasser la simple raison de l'accessibilité physiques des services évoqué précédemment.

Repenser les politiques de soins obstétricaux permettrait certainement de réduire les taux de décès maternels et néonatals dans notre pays.

Les implications de cette étude pour le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires sont nombreuses :

- Utiliser davantage les diverses statistiques publiées par le système sur les accouchements pour faire des analyses dans les recherches opérationnelles. Il faut dire aussi que certains décideurs et Organismes nourrissent encore des réticences à l'utilisation effective des différents pourcentages publiés par le SNIGS. À l'étape actuelle de l'évolution du SNIGS, celui-ci collecte plus de 85 % des informations sur les activités de Santé Maternelle et Infantile menées dans le pays dans le secteur de la médecine dite moderne. Les statistiques sanitaires nationales ont publié une couverture assez proche en moyenne, sur la période allant de 1994 à 1996, de celle de l'EDS.

- Organiser une autre collecte (à une échelle locale ou nationale) afin d'évaluer la couverture des soins curatifs au sein de la population en général. Les infrastructures les plus décentralisées du Système de soins appartiennent au secteur public, ce qui laisse supposer que les statistiques élaborées à partir des données collectées, même si elles se limitent aux seules personnes qui fréquentent les centres de santé, sont celles qui représenteront le mieux les problèmes de santé que l'on peut observer au sein de toute la population béninoise.

- Augmenter les supervisions au niveau de tout la système et surtout en périphérie afin de sauvegarder dans un premier temps les acquis, dans un second temps, d'améliorer la qualité des données collectées.

- Trouver de commun accord avec les représentants du secteur privé un processus permettant d'intégrer de manière systématique les résultats de leurs activités à la collecte nationale.

Les résultats obtenus montrent que le SNIGS peut encore servir d'outil de programmation et de planification mais qu'il est impératif de tenter de diminuer le nombre d'accouchement à domicile tout en essayant d'inclure les secteurs privés lucratif et confessionnel exerçant sur le territoire national.

# RÉFÉRENCES


Abasiekong, E. M. 1981. Familism and hospital admission in rural Nigéria : a case study. *Social Science and Medicine,* 15 b, 1, pp. 45-50, Oxford.

Akin, J., S. Griffin, C. Guilkey et B. Popkin, 1986. The demand for adult out patient services in the Bicol region of the Philippines. *Social, Science and Medicine,* 22,3, Oxford, pp.321-328.

Akoto, E. et A. Hill, 1988. *Morbidité, malnutrition et mortalité des enfants.* Dans Tabutin, D., (éd.),1988, *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara.* Harmattan, Paris, pp.309-334.

Akoto, E. et D. Tabutin, 1989. Les inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort. Dans Pison, G., Van de Walle et Sala-Diakanda (éd.), *Mortalité et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara,* INED, PUF, Paris, pp. 35 - 64.

Akoto E., Guingnido, J. et D. Tabutin, 1991. *L'État et le Devenir de la Population du Bénin,* Presses du CNPMS, Porto-Novo, 385p.

Akoto E. 1993. *Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique noire. Hypothèses et recherche d'explication.* Louvain-la-Neuve, Académia, 269 p.

Assogba, L. 1990. *Statut de la femme, structures familiales, fécondité : transitions dans le Golfe du Bénin.* Dans les Dossiers du Ceped,14, Paris. 29p.

Bachabi R. 1990. *Morbidité infanto-juvénile au Bénin 1979-1989*, Mémoire de Diplôme de Technicien Supérieur en Démographie, UNB/INE, Cotonou, 72 p.

Bailey, W. et D. Philips, 1990. Spatial patterns of use of health services in the Kingston metropolitan area, Jamaïca. *Social Science and Medicine*, 30, 1, Oxford, pp.1– 12.

Barbieri, M. 1991. *Les déterminants de la mortalité des enfants dans le Tiers-Monde*. Dans Les Dossiers du CEPED, 18, Paris, 33 p.

Ben Youssef et A., Wessen A., 1974, Utilization of health services in developping countries – *Tunisia. Social Science and Medicine,* 8, Oxford, pp. 287-305.

Bhardwaj S., 1975, *Attitude toward different system of medecine : a survey of four villages in the Penjab,* India. *Social Science and Medicine,* 9, Oxford, pp. 603 - 612.

Boerma, J.et M. Baha, 1990, *Maternal and child health in an ethnomedical perspective : traditional and moderne Medecine in Coastal Kenya. Health Policy and Planning,* 5, 4, pp.347 - 357.

Caldwell, J. C. 1979. Education as a factor in mortality decline. *Population Studies,* 33, 3, Londres, pp. 395-413.

Desabie, J. 1971. Théorie et Pratique des Sondages., Dunod, Paris, 480p.

Devisch R. 1987. Tisser la pulsion vitale en fonction symbolique. Lecture anthropologique d'une thérapie traditionnelle : cas des Yaka du Zaïre. *Psychothérapie,* 4, pp.199-208

Ewbank, D. et J. Kerkovole. 1986. An integration of demographic and epidemiologic research on mortality in Kenya. *Populations Studies*, 64, Londres, pp.33-85.

Fournier, P., et S. Haddad. 1995. Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les Pays en Développement, dans Gerard, H. et Piche, V. (dir.), 1995, Sociologie des Populations, PUM/AUPELF-UREF, Montréal, pp.289-325.

Gesler, W. 1979. Illness and health practitioner use in Calabar, Nigeria. *Social Science and Medicine*, 13 d, 1, Oxford, pp. 23 - 30.

Gomes do Espirito Santo, E., B. FLoury et M. Cisse. 1998. *Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou -Bénin.* Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 76, 2, pp.195-201.

Heller, P., H. Chalfant, G. Queseda et M. Riviera-Worley. 1981. Class, familism and utilization of health services in Durango, Mexico : a replication. *Social Science and Medicine*, 15 a, Oxford, pp. 539 – 541.

INSAE/FNUAP. 1993. *Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation, Volume 1, Résultats définitifs*, Cotonou, Bénin, 250 p.

INSAE/PNUD. 1995. *Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitation, Rapport général*, Cotonou, Bénin, 782 p.

Janzen J. 1978. The quest for therapy in lower Zaire., Berkeley, University of California Press, 266 p.

Kleinman, A.. et L. Sung. 1979. Why do indigenous practitioners succssfully heal? *Social Science and Medicine*, 13 b, 1, Oxford, pp. 7 - 26.

Kodjobé, N. G.Mboup, J. Tossou, L. De Souza et al. 1997. *Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 1996.* Columbia, Maryland : Ministère du Plan, de la Restructuration Économique et de la Promotion de l'Emploi, et Macro International Inc.

Kouni, A. 1991. Répartition spatiale de la population et urbanisation. Dans Akoto, E., J. Guingnido et D. Tabutin, (dir.), *L'État et le Devenir de la Population du Bénin*, Presses du CNPMS, Porto-Novo, pp. 227-264.

Kroeger, A. 1983. Anthropological and Socio-medical health care research in Developing Countries. Dans *Social Science and Medicine,* 17, 3, Pergamon Press, Oxford, pp. 147-161

Lasker, J. 1981. Choosing among therapies : illness behavior in the Ivory Coast. *Social Science and Medicine,* 15 a, Oxford, pp. 157– 168.

Masuy-Stroobant, Godelieve. 1988. *Santé de l'enfant et inégalités sociales.* CIACO, Louvain-la-Neuve, 255 p.

Ministère de la Santé Publique, Système National d'Information et de Gestion Sanitaire. 1994. Deuxième évaluation du SNIGS, novembre - décembre 1994, Rapport de synthèse, Service des Études de Stratégie et de la Prévision du Ministère, Graphitec, 88 p.

Ministère de la Santé Publique/Ministère du Plan et de la Restructuration Économique. 1994. *Concertation sur le secteur santé : diagnostic du secteur et enoncés de politique,* Tome 1, *67 p. et Politique, Stratégies et Programmation,* Tome 2, Cotonou, 142 p., [diffusion restreinte].

Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine/Système National d'Information et de Gestion Sanitaire. 1995. *Statistiques sanitaires 1994,* Imprimerie Graphitec, Cotonou, Bénin.101 p.

Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine/Système National d'Information et de Gestion Sanitaire. 1997. *Statistiques sanitaires 1996*, Imprimerie la Solidarité, Cotonou, Bénin.127 p.

Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine. 1997. *Politiques et stratégies nationales de développement du secteur Santé 1997-2001*, Cotonou, Bénin. 67 p.

Ministère de la Santé Publique. 1991. *Rapport du séminaire sur le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires, CODIAM, 10-12 juin 1991*, Service statistique du Ministère, Cotonou, 25 p.

Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Afrique. 1993. *Développement des Systèmes Nationaux d'Information Sanitaire* Quarante-troisième session du Comité Régional de l'Afrique, Gaborone 1-8 septembre 1993, Brazzaville, Congo.17 p.

Organisation Mondiale de la Santé. 1999. *Maternal and newborn health/safe motherhood (MSM) – indicators*, Genève, 11 p.

Parker, R. 1986. Health care expenditures in a rural community. *Social Science and Medicine.* 22,1,Oxford. pp. 23-27.

Pauker, S. 1976. Coronary artery surgery : the use of decision analysis, dans Von Winterfeldt et al., 1986. *Decision analysis and behavioral research.* Cambridge University Press, New York, U.S.A. pp. 509-517.

Programme des Nations Unies pour le Développement. 1997. *Rapport sur le développement humain au Bénin*, Cotonou, Imprimerie Tunde, 132 p.

Slikkerveer, L. 1982. Rural health development in Ethiopia. Problems of utilization of traditional healers. *Social Science and Medicine,* 16, Oxford, pp. 1859 - 1872.

Tabutin, Dominique. 1997-1998. *Analyse des données démographiques déficientes. Méthodes d'évaluation et d'analyse des données démographiques pour les pays en développement. DEMO 3255*, UCL, Faculté des Sciences Économiques Sociales et Politiques, Louvain-la-neuve, DUC, 236 p.

UNICEF. 1996. *Enfants et femmes : avenir du Bénin*, Cotonou, 122 p.

Uyanga, J. et al. 1983. Rural-urban migration and sickness health care behavior: a study of Eastern Nigeria *Social Science and Medicine*. Oxford, pp. 579-583.

# ABRÉVIATIONS

CCS : Centre Communal de Santé
CHD : Centre Hospitalier du Département
CNHU : Centre National Hospitalier et Universitaire
CRRHD : Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie
CSSP/CU : Centre de Santé de Sous-préfecture ou de Circonscription Urbaine
DDS : Direction Départementale de la Santé
DHS : Demographic and Health Surveys
EDSB : Enquête Démographique et de Santé du Bénin
FSP : Formation Sanitaire Privée
HP : Hôpital Privé
INSAE : Institut National de Statistique et de l'Analyse Économique
MPRE : Ministère du Plan et de la Restructuration Economique
MSP : Ministère de la Santé Publique
MSPSCF : Ministère de la Santé, de la Protection Sociale et de la Condition Féminine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RGPH2 : 2ème Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SNIGS : Système National d'Information et de Gestion Sanitaires
UNICEF : Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
UVS : Unité Villageoise de Santé
ZD : Zone de Dénombrement

## ANNEXE 1 Récapitulatif des supports de données

| N° de support | Support | Nombre à produire | Périodicité | Niveau d'utilisation CCS | Niveau d'utilisation CSSP/CU | Niveau d'utilisation HP | Niveau d'utilisation CHD | Niveau d'utilisation CNHU | Niveau d'utilisation DDS | Destination CCS | Destination CSSP/CU | Destination HP | Destination CHD | Destination CNHU | Destination DDS | Destination MS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C1 | Carnet de santé | 1 | si besoin | 0 | + | + | + | + | 0 | | | | | | | |
| C2 | Carte infantile | 1 | si besoin | 0 | + | + | + | + | 0 | | | | | | | |
| C3 | Carte maternelle | 1 | si besoin | 0 | + | + | + | + | 0 | | | | | | | |
| C4 | Carte de PF | 1 | si besoin | 0 | + | + | + | + | 0 | | | | | | | |
| C5 | Registre de décompte journalier SMI/PF/ NU | 1 | si besoin | 0 | + | + | + | + | 0 | | | | | | | |
| C6 | Rapport sur les activités de maternité | 1 | mensuel | + | | * | * | | | | + | | | | * | |
| C7 | Rapport sur les activités de vaccination | 1 | mensuel | + | | * | * | | | | + | | | | * | |
| C8 | Rapport de synthèse des activités de vaccination | 1 | mensuel | | + | | | | + | | | | | | + | 0 |
| C9 | Rapport de synthèse des activités de maternité | 1 | mensuel | | + | | | | + | | | | | | + | 0 |
| C10 | Rapport de synthèse sur la contraception | 1 | mensuel | | + | | | | + | | | | | | + | 0 |
| C11 | Rapport de synthèse des activités de SMI/PF/NU | 1 | mensuel | | + | | | | + | | | | | | + | 0 |

Source : MSPSCF/SNIGS

## ANNEXE 2 Évolution des infrastructures sanitaires publiques entre 1986 et 1996

| Infrastructures sanitaires | Atacora | Atlantique | Borgou | Mono | Ouémé | Zou | Bénin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1986 | | | |
| CNHU | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| CHD | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| CSSP/CU | 14 | 12 | 14 | 12 | 16 | 14 | 82 |
| CCS | 52 | 47 | 56 | 34 | 42 | 65 | 296 |
| UVS | 88 | 29 | 64 | 16 | 10 | 74 | 281 |
| | | | | 1996 | | | |
| Infrastructures sanitaires | Atacora | Atlantique | Borgou | Mono | Ouémé | Zou | Bénin |
| CNHU | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| CHD | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| CSSP/CU | 13 | 14 | 14 | 12 | 16 | 15 | 84 |
| CCS | 81 | 54 | 72 | 55 | 61 | 80 | 403 |
| UVS | 117 | 6 | 65 | 31 | 16 | 64 | 299 |

Source : MSPSCF/SNIGS

| Infrastructures sanitaires | Atacora | Atlantique | Borgou | Mono | Ouémé | Zou | Bénin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1986 | | | |
| Hôpitaux | 2 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| Formations sanitaires à vocation humanitaire | 0 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 7 |
| | | | | 1996 | | | |
| Infrastructures sanitaires | Atacora | Atlantique | Borgou | Mono | Ouémé | Zou | Bénin |
| Hôpitaux | 2 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 | 9 |
| Formations sanitaires à vocation humanitaire | 8 | 6 | 7 | 10 | 5 | 9 | 45 |

Source : INSAE et MSPSCF/SNIGS

## ANNEXE 2 (suite)

### Évolution des infrastructures privées à but lucratif 1986-1996

| | 1986 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Infrastructures sanitaires | Atacora | Atlantique | Borgou | Mono | Ouémé | Zou | Bénin |
| Hôpitaux | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Cliniques d'accouchement | 2 | 21 | 2 | 0 | 7 | 1 | 33 |
| Cabinets médicaux | 0 | 19 | 1 | 0 | 4 | 5 | 29 |
| Cabinets de soins infirmiers | 4 | 19 | 1 | 4 | 6 | 4 | 38 |
| Cabinets dentaires | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 |

| | 1996 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Infrastructures sanitaires | Atacora | Atlantique | Borgou | Mono | Ouémé | Zou | Bénin |
| Polycliniques | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Cliniques | 0 | 19 | 4 | 0 | 1 | 0 | 24 |
| Cabinets de soins etaccouchements | 7 | 105 | 12 | 29 | 68 | 45 | 266 |
| Cabinets médicaux | 1 | 128 | 2 | 1 | 25 | 9 | 166 |
| Cabinets dentaires | 0 | 5 | 0 | 0 | 4 | 0 | 9 |
| officines pharmaceutiques | 6 | 60 | 7 | 4 | 25 | 11 | 113 |
| Dépôts pharmaceutiques | 37 | 34 | 26 | 51 | 47 | 54 | 249 |

Source : INSAE et MSPSCF/SNIGS
INSAE : Institut National des Statistiques et de l'Analyse Économique

**ANNEXE 3 Distribution du personnel sanitaire par catégories socioprofessionnelles et par secteur au Bénin en 1996**

| Catégories socioprofessionnelles | Public | Privé lucratif | Privé confessionnel | Bénin |
|---|---|---|---|---|
| Médecins | 298 | 344 | 68 | 710 |
| Sages-femmes | 480 | 201 | 26 | 707 |
| Infirmiers | 1228 | 472 | 186 | 1886 |
| Techniciens de labo et radiologie | 241 | 26 | 46 | 313 |
| Aides soignants | 1094 | 1053 | 199 | 2346 |

Source : INSAE et MSPSCF/SNIGS

## ANNEXE 4 Indicateurs de Santé Maternelle et Infantile habituellement publiés par le SNIGS

| | Nom de l'indicateur | Équation | Données nécessaires | Origine des données | Utilité de l'indicateur |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Taux de couverture des Consultations Prénatales | Nelles consultantes x 100<br>Nbre de grossesses attendues | - Nvelles consultantes<br>- Estimations des gr. att.. | Formations sanitaires et SNIGS | Renseigne sur la fréquentation des services de CPN dans la population cible |
| 2 | Taux de couverture des Consultations Postnatales | Nelles consultantes x 100<br>Nbre de grossesses attendues | - Nvelles consultantes<br>- Estimations des N.V. | Formations sanitaires et SNIGS | idem |
| 3 | Taux de couverture obstétricale | Total des accouchements x 100<br>Nbre de grossesses attendues | - total accouchements (eutoc.+dystoc.)<br>- Estimations des gr. att.. | Formations sanitaires et SNIGS | Renseigne sur la proportion d'accouchements assistés |
| 4 | Pourcentage d'accouchements dystociques | Accouchements dystociques x 100<br>Total des accouchements | - accouchements dystoc.<br>- total accouchements | Formations sanitaires | Renseigne sur la prise en charge des accouchements |
| 5 | Taux de mortalité maternelle (Ratio pour 100.000 N.V.) | Décès maternels x 100.000<br>Naissances Vivantes | - Décès maternels<br>- Estimations des Naissances Vivantes | Formations sanitaires et SNIGS | Renseigne sur la qualité de la surveillance maternelle et infantile ainsi que son impact |
| 6 | Taux de couverture des Consultations Infantiles | Nveaux consultants(0-11mois) x 100<br>Total enfants (0-11 mois)<br>Nveaux consultants(12-35mois) x 100<br>Total enfants (12-35 mois) | - Nveaux consultants (0-11 ou 12-35 mois)<br>- Estimations d' enfants âgés de 0-11 mois et 12-35 mois. | Formations sanitaires et SNIGS | Renseigne sur la fréquentation des services et le suivi des nourrissons. |
| 7 | Pourcentage d'enfants nés avec poids < 2.500g | Total enfants poids < 2.500g x 100<br>Total Naissances Vivantes | - enfants poids < 2.500g<br>- Estimations des N.V. | Formations sanitaires et SNIGS | Renseigne sur l'état de santé des mère (nutritionnel). |
| 8 | Taux de mortalité néonatale précoce | Décès d'enfants de 0-7jours x 1.000<br>Total Naissances Vivantes | - Décès d'enfants de 0-7 j<br>- Estimations des N.V | Formations sanitaires et SNIGS | Renseigne sur l'impact de la surveillance Maternelle et Infantile. |
| 9 | Taux de mortalité périnatale | Morts-nés +Décès o-7jours x 1.000<br>Total Naissances Vivantes | - Décès d'enfants de 0-7 j<br>- Total Morts-nés<br>- Estimations des N.V. | Formations sanitaires et SNIGS | Renseigne sur l'impact de la surveillance Maternelle et Infantile. |

CPN = Consultation Pré ou Post natale    eutoc. = eutocique    dystoc. S= dystocique    gr. att.. = grossesses attendues    N.V. = Naissances Vivantes
Nvelles = nouvelles
Source :MSP/SNIGS,199

# DÉTERMINANTS DE LA SCOLARISATION DES FILLES ET SANTÉ REPRODUCTIVE AU BÉNIN

**Julien Gaye Guingnido**
**Martin H. Laourou**
**Jean Kokou Zounon**

# INTRODUCTION

L'éducation est reconnue dans toutes les sociétés, modernes ou anciennes, comme un des meilleurs moyens d'acquisition du savoir, du savoir-faire et du savoir-être. Elle revêt aujourd'hui trois formes : l'éducation traditionnelle, l'enseignement formel structuré, l'enseignement non structuré.

L'éducation traditionnelle est la forme d'éducation la plus ancienne. Dans le système traditionnel, l'enfant, dès sa naissance, évolue dans le milieu familial et communautaire local où il est éduqué selon les rites et coutumes en vigueur.

L'enseignement non formel s'adresse aux adultes analphabètes et est, généralement, destiné à faciliter leur accès à des méthodes de production et de gestion plus performantes. Ce type d'enseignement a particulièrement évolué depuis environ une vingtaine d'années et répond, en partie, aux difficultés de l'enseignement formel structuré à résoudre le problème de l'analphabétisme de la population.

L'enseignement formel structuré date de l'époque de la colonisation. Il a connu depuis l'indépendance du Bénin en 1960 plusieurs réformes destinées à en améliorer le rendement interne et externe. Tous les espoirs des gouvernements successifs étaient placés dans ce système d'enseignement qui devait sous-tendre le développement économique et social. La présente étude s'intéressera, en particulier, à ce système d'éducation, notamment au volet enseignement primaire, déclaré prioritaire par le Gouvernement.

Les liens positifs entre la scolarisation et la capacité de la population à s'épanouir et à s'auto-promouvoir sont nombreux et semblent évidents : accès à un emploi à forte productivité, adoption de comportement favorable à la santé familiale, etc. Cependant on constate que les efforts du Gouvernement pour améliorer l'offre en éducation ne sont pas toujours suivis par une demande conséquente de scolarisation dans l'enseignement primaire.

En particulier les taux de scolarisation des filles sont particulièrement faibles par rapport à ceux des garçons et le taux d'analphabétisme demeure élevé au sein de la population féminine. Il s'agit d'un phénomène structurel qui dure depuis l'avènement de l'enseignement primaire au Bénin.

Les résultats de l'EDSB-I ont montré que l'éducation de la femme était en général la variable la plus discriminante des comportements des femmes et hommes en matière de santé reproductive. Ainsi, il nous semblé important d'examiner les conditions d'amélioration de l'éducation dans le contexte du Bénin où plus de sept femmes sur dix ne sont pas instruites.

Or, aujourd'hui la maîtrise de la dynamique démographique de la population est l'un des défis majeurs auquel le Bénin est confronté. Cette dynamique est largement influencée par le comportement des couples en matière de planification familiale et sera également, à moyen et à long terme, fortement perturbée par l'expansion de la pandémie du SIDA.

C'est pourquoi, l'un des objectifs de cette étude consiste à montrer l'influence de la scolarisation sur la santé reproductive des femmes et d'examiner les diverses attitudes des femmes par rapport à la scolarisation des filles.

Après avoir présenté l'approche méthodologique retenue, et mis en évidence l'impact de la scolarisation sur les différentes composantes de la santé reproductive, il s'agira d'attirer l'attention sur la réalité que la faible scolarisation des enfants en général, et des filles, en particulier, n'est pas le fait du hasard. C'est probablement

une question de rationalité économique à l'échelle du ménage, mais aussi une question de préférence pour les enfants en fonction de leur statut familial.

En conséquence, la problématique de la scolarisation des filles en relation avec la santé reproductive sera débattue à travers les quatre chapitres ci-après :

Approche méthodologique;
Scolarisation des filles et santé reproductive;
Comportement des ménages face à la scolarisation des filles : une question de rationalité économique
Comportement des ménages face à la scolarisation des filles : une question de statut familial.

# CHAPITRE 1
# APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

L'approche méthodologique retenue sera présentée en fonction des points suivants :

les hypothèses et la méthode d'analyse;
les variables d'analyse et les indicateurs;
les sources de données.

## 1.1 Les hypothèses et la méthode d'analyse

Les réflexions sur les problèmes de la scolarisation au Bénin ont généralement porté sur l'offre, sous l'hypothèse implicite que la demande existait et qu'il s'agissait de satisfaire cette demande en améliorant l'offre en quantité et en qualité (Guingnido et al., 1997). C'est dans ce contexte qu'a été entreprise une politique de démocratisation de l'accès à l'école, à travers la réforme de l'éducation de 1975 (Guingnido et al., 1997).

Les trois formes d'éducation (l'éducation traditionnelle, l'enseignement formel non structuré, l'enseignement structuré) devraient concourir à l'acquisition progressive par l'enfant du savoir faire et du savoir vivre. Elles sont si peu intégrées qu'elles sont à maints égards concurrentes au lieu d'être complémentaires. Il est alors clairement apparu que la demande n'existait pas en quantité aussi abondante qu'on le pensait. Au cours des quinze dernières années plusieurs mémoires de maîtrise, ainsi que des études ont été consacrées à la demande (Degan, 1986; Agueh et Bonou, 1986; Gomido, 1990; Akpaka et Garba, 1988; Akpaka et Garba, 1991; Chabi Agba Garba, 1991; GECA PROSPECTIVE, 1995; Guingnido et al., 1997; Dossou et al., 1998).

### 1.1.1 Quelques résultats des études antérieures

Les résultats de plusieurs études mettent en évidence l'importance déterminante de la demande en éducation. C'est ainsi que Chabi Agba Barka (1991) montre que la pratique de la culture attelée est l'une des principales causes de la déperdition scolaire dans la sous-préfecture de Bembéréké. On y relève un taux de scolarisation très faible et un taux d'abandon très élevé, expliqué surtout par le développement de la culture attelée. Partant de l'hypothèse qu'il y a incompatibilité entre l'école dans sa forme actuelle et les aspirations des populations rurales, l'auteur suggère quelques mesures d'incitation à la scolarisation des enfants, la réorganisation du système de travail dans les zones rurales et la création de centres de formation d'adolescents.

Degan (1986) parvient aux conclusions selon lesquelles :

- les villageois sont plus portés à scolariser leurs enfants garçons que les filles;
- les jeunes adultes sont plus réticents à scolariser leurs enfants que les personnes plus âgées;
- les animistes envoient moins leurs enfants à l'école comparativement aux adeptes d'autres confessions religieuses (66 % de leurs enfants sont non scolarisés contre 59 % chez les musulmans et 51 % chez les chrétiens);
- s'agissant de la profession, les cultivateurs sont relativement plus réticents que les autres catégories à la scolarisation de leurs enfants (32 %, contre 56 % pour les pêcheurs).

Les raisons évoquées pour la non scolarisation des enfants (garçon comme fille) se résument comme suit :

- assister les parents et apprendre leurs métiers;

- prendre la relève des parents les filles sont faites pour le foyer : une bonne éducation ménagère et un bon mari leur suffisent;
- découragement dû au renvoi des enfants orienter les enfants vers l'apprentissage;
- manque de moyens;
- hostilité vis-à-vis de l'école.

Parmi les personnes ayant des enfants en bas-âge et ayant été interviewées, 84 % ont l'intention de ne pas scolariser leurs enfants. Les raisons évoquées sont : la nécessité pour les enfants d'assister leurs parents dans l'exercice de leurs métiers, la baisse du niveau des élèves, les échecs scolaires, le chômage à la fin des études.

Treize pour cent des interviewés ont déjà envoyé leurs enfants à l'école et ne veulent plus en scolariser d'autres.

Les résultats de Akpaka et Gaba (1988) indiquent également que le milieu familial ou environnant, surtout dans le Mono Nord, tend à rejeter le principe de la scolarisation des filles, la scolarisation contribuant à la perte du respect de la tradition et perturbant l'organisation sociale (importance du mariage et de la dot).

Par ailleurs, il ressort des principaux résultats de Akpaka et Gaba (1991) que pour plus de la moitié des parents, la finalité de l'école pour les filles n'est pas perçue. Ainsi, parmi les motifs de non scolarisation des filles, l'inutilité de l'école est le plus largement évoqué (soit 53 %). Le manque de moyen vient en deuxième position, bien qu'on puisse penser à une corrélation entre les deux motifs. Les motifs de déscolarisation tiennent également à cette perception pas encore positive et bénéfique de l'école.

GECA PROSPECTIVE (1995) montre que si l'utilité de l'école est perçue pour les garçons, (80 % des parents y trouvent une utilité), cela n'est pas encore le cas pour les filles (36 % ignorent ce que l'école apporte aux filles). En ce qui concerne les causes de la non scolarisation et de la déscolarisation, les pourcentages de non réponses et autres (plus de 50 %) ont conduit les auteurs à émettre à juste titre l'hypothèse que les parents, dans leur grande majorité, ont d'autres raisons (que celles financières et matérielles) qu'ils n'arrivent pas à exprimer nettement ou qu'ils cachent pour ne pas les partager avec l'enquêteur. Il faut dire que des variables socio-culturelles n'étaient pas retenues par l'étude, ni celles concernant la finalité même de l'école (débouché, emploi). Or, des auteurs ont signalé l'importance de ces variables en ce qui concerne notamment les filles et, en particulier, les variables concernant les débouchés scolaires pour les garçons.

Dans le même ordre d'idées, après avoir constaté que les études sur les stratégies éducatives en Afrique s'intéressent principalement à l'offre scolaire, Pilon (1995) montre que le manque d'infrastructures scolaires ne suffit pas à expliquer la sous-scolarisation des enfants, en général, et des filles en particulier. Les résultats de l'analyse ont mis en lumière quelques déterminants familiaux de la scolarisation tels que les caractéristiques socio-économiques des chefs de ménages (niveau d'instruction, occupation), le statut familial des enfants et le sexe du chef de ménage.

Selon Marcoux (1995), "les activités scolaires diminuent le temps dont disposent les écoliers pour participer à la subsistance de leur ménage.

- La polygamie et le maintien d'une fécondité élevée permettent d'assurer la subsistance des ménages sans la contribution des jeunes de 8 à 14 ans, favorisant ainsi la scolarisation de ces derniers.
- La scolarisation des enfants est mieux assurée dans les ménages les plus favorisés économiquement." (Marcoux, 1995, pp. 670-671).

### 1.1.2 Les hypothèses de recherche

Ces différents travaux ont permis de mettre en relief l'importance de l'influence du milieu familial et professionnel sur la demande en éducation et, en particulier, sur la scolarisation des filles.

Toutefois, ils n'ont pas abordé le rôle différentiel éventuel selon le sexe des parents dans l'expression de la demande en éducation. Cette question est pourtant essentielle dans la mesure où le groupe cible des parents est très hétérogène par rapport au niveau d'instruction : les femmes sont quasiment toutes analphabètes tandis que les hommes le sont nettement moins.

Au cours de cette étude nous essaierons de vérifier deux hypothèses simples :

La scolarisation a une influence positive sur la qualité de vie des femmes.

Les femmes ont un comportement comparable à celui des hommes face à la scolarisation des enfants, en général, et des filles en particulier.

## 1.2 Les variables d'analyse et indicateurs

L'étude utilisera deux approches pour l'analyse. Une première approche étudiera la scolarisation des enfants par les ménages et recherchera les éléments de discrimination entre les ménages qui scolarisent tout, une partie ou aucun de l'ensemble des filles d'âge scolaire.

La deuxième approche complémentaire prendra en compte le statut et le milieu de résidence de la fille.

### 1.2.1 Les variables d'analyse

Il ressort de la littérature disponible, notamment de Guingnido et al. (1997), ainsi que Dossou et al. (1998), que cinq variables principales, parmi celles habituellement collectées dans les enquêtes et recensements, influencent la scolarisation des filles.

Il s'agit du niveau d'instruction, du sexe du chef de ménage, du statut familial de l'enfant, de la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage et du milieu de résidence.

**Le type de ménage**

Le concept de ménage recouvre des réalités différentes liées à la composition et aux liens de parenté entre les membres du ménage. Ces particularités concernent aussi bien le statut familial de l'enfant que les caractéristiques du chef de ménage et ont un lien avec la demande, objet de l'étude. La définition d'une typologie de ménage mettant en relief ces différents aspects serait donc utile pour l'analyse.

Nous proposons une typologie assez simple des ménages, distinguant trois types de ménages selon le sexe du chef de ménage.

Les ménages isolés sont à exclure du champ de l'étude parce qu'ils sont réduits à une personne adulte. Il en est de même des ménages ne comportant pas d'enfant scolarisable.

Selon le sexe du chef de ménage, on distinguera, au vu de l'expérience effectuée sur les données du recensement de 1992, trois catégories de ménages.

Pour les ménages dirigés par les hommes, on considérerons les ménages monogames, polygames et autres. Le caractère étendu ou non sera analysé à travers le statut familial des enfants.

Pour les ménages dirigés par les femmes, on distinguera les ménages dissociés (ménages dirigés par des femmes encore en union), les ménages monoparentaux et les autres types de ménage.

**Le statut familial des enfants**

Les catégories d'enfants identifiées pour l'analyse sont : enfants du Chef de ménage, petits fils du Chef de ménage, frères ou sœurs du Chef de ménage, autres parents, enfants adoptés ou confiés, sans lien de parenté.

### 1.2.2 Les indicateurs

Les indicateurs seront :

le taux net de scolarisation, spécifique ou global;
la proportion des ménages ayant des enfants d'âge scolaire selon qu'ils scolarisent tous, une partie ou aucun des enfants;
le rapport de masculinité des enfants par ménage.

L'analyse sera effectuée aussi bien au niveau individuel, au niveau du ménage, qu'au niveau du milieu de résidence.

Au niveau individuel, elle permettra d'étudier la situation scolaire des filles selon leurs caractéristiques individuelles telles que : l'âge, le lien de parenté avec le chef de ménage, la fréquentation scolaire actuelle, la dernière classe suivie et l'occupation.

Au niveau du ménage, l'analyse distinguera les ménages ayant, au moins, un enfant d'âge scolaire, et ceux qui n'en ont pas, les ménages qui scolarisent toutes leurs filles et ceux qui n'en scolarisent aucune ou encore ceux qui ne scolarisent qu'une partie des filles.

Au niveau du milieu de résidence, il sera tenu compte, selon la source de données, du milieu urbain et du milieu rural pour l'ensemble du pays (EDS), et du milieu urbain et rural par département (RGPH2).

## 1.3 Source des données

Les sources de données sont essentiellement composées de l'enquête démographique et de santé de 1996, du recensement de 1992 et de l'enquête légère auprès des ménages (septièmes éditions).

### 1.3.1 L'enquête démographique et de santé

L'enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB-I), qui constitue la principale source de données, en plus du recensement de 1992, a permis de collecter des informations auprès d'un échantillon représentatif de ménages issus de 200 zones de dénombrement réparties sur toute l'étendue du territoire national.

Trois des questionnaires de l' EDSB-I comportent des informations pouvant permettre des analyses sur les déterminants familiaux de la scolarisation des filles : il s'agit du questionnaire ménage, du questionnaire individuel femme et du questionnaire communautaire.

**Le questionnaire ménage**

Tout comme au recensement, le questionnaire ménage de l'enquête démographique et de santé du Bénin (EDSB-I) permet d'identifier les personnes de 3 ans et plus qui ont fréquenté une école, ainsi que leurs niveaux d'études et les classes suivies. La fréquentation actuelle est aussi connue pour les personnes de moins de 25 ans. On y trouve également des informations sur le lien de parenté, le sexe et l'âge. Ce qui autorise par conséquent la plupart des analyses effectuées à partir des données du recensement.

Mais les données de l'EDSB-I sont plus riches que celles du recensement en ce sens où :

- le questionnaire ménage renseigne par ailleurs sur la survie des parents biologiques et leur présence dans le ménage, ailleurs dans la localité ou hors de la localité. Ces informations, disponibles séparément sur la mère et le père, permettent d'appréhender l'impact de la présence des parents biologiques sur les comportements scolaires des enfants;

- le lien de parenté est ici mieux connu à travers les huit modalités suivantes : (enfants du Chef de ménage, petits fils du Chef de ménage, frères ou sœurs du Chef de ménage, autres parents, enfants adoptés, enfants confiés, sans lien de parenté), au lien de trois modalités au niveau du recensement (enfants du Chef de ménage, autres parents, sans lien de parenté). Ce qui offre l'opportunité d'apprécier les différences de comportements scolaires, d'une part entre les petits fils du Chef de ménage, les frères ou sœurs de celui-ci et les autres parents Chef de ménage (ces trois modalités ont été regroupées au recensement), et d'autre part entre les enfants adoptés, les enfants confiés et les enfants sans lien de parenté) (ces trois modalités ont également été regroupées au recensement ne permettant pas ainsi l'approfondissement de l'analyse de la situation des enfants confiés);

- les informations sur quelques conditions d'habitation et éléments de patrimoine du ménage (disponibles à l'EDSB-I) sont utiles pour appréhender le niveau de vie du ménage, ainsi que l'impact de celui-ci sur la scolarisation des enfants;

- le renseignement sur la distance entre la source d'eau et la maison (également disponible à l'EDSB-I) permettra de tester l'hypothèse selon laquelle le type d'"approvisionnement en eau (qui constitue une des principales occupations des filles) influence la scolarisation de celles-ci.

***Le questionnaire individuel femme***

Le questionnaire individuel femme, administré aux personnes de sexe féminin âgées de 15 à 49 ans révolus, permet d'une part de disposer d'informations sur leurs professions et d'autre part de connaître les raisons qui ont conduit les femmes interrogées à interrompre leurs études.

### 1.3.2 Le recensement de 1992

L'analyse étudiera la situation de 1996 et en prenant 1992 comme référence, procédera, chaque fois que c'est possible, à une comparaison entre 1996 et 1992. Après l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1992 (RGPH2) constituera la principale source de données à exploiter. À cet effet, on devra établir les tableaux pour 1996 et 1992 concernant les ménages des zones échantillons tirées dans le cadre de l'Enquête Démographique et de Santé.

### 1.3.3 L'enquête légère auprès des ménages (ELAM 7 et 7bis)

Les deux éditions de l'enquête légère auprès des ménages (ELAM7 et 7bis) en 1997 ont été réalisées respectivement dans le courant des premier et troisième trimestres. Elles ont permis, à l'aide du questionnaire ménage et du module spécifique éducation, de collecter en milieu urbain des informations, facilitant des analyses sur les déterminants familiaux de la scolarisation des enfants.

# CHAPITRE 2
# SCOLARISATION DES FILLES ET SANTÉ REPRODUCTIVE

L'objectif ici est d'étudier les relations entre les comportements des ménages en général, et des femmes en particulier, en matière de santé reproductive et en ce qui concerne le niveau de scolarisation. À ce sujet, les points ci-après seront abordés :

- le système éducatif béninois et les objectifs en matière d'éducation;
- le concept de santé en matière de reproduction;
- les perceptions sociales des filles;
- la satisfaction du désir de procréer;
- la maîtrise de la fécondité;
- la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives;
- une synthèse de l'impact du niveau d'instruction des femmes sur les différentes composantes de la santé reproductive.

## 2.1 Le système éducatif et les objectifs en matière d'éducation

### 2.1.1 L'enseignement primaire au Bénin

Depuis l'accession à l'indépendance du Bénin en 1960, l'école béninoise a connu plusieurs réformes dont celles de 1971, de 1975 et de 1990. Ces réformes ont surtout affecté le contenu des programmes et la politique de création des écoles. L'architecture du système est demeurée la même : un niveau primaire avec 6 années sanctionnées par le diplôme du certificat d'études primaires élémentaires.

Les effectifs des élèves ont évolué assez rapidement dans l'enseignement primaire au cours des 20 premières années de l'indépendance : les taux bruts de scolarisation sont passés de 27 % en 1966 à 60 % en 1981. Au cours des années 80 et 90 la progression a été moins rapide : elle a d'abord régressé pour atteindre 50 % en 1990 avant de remonter progressivement pour atteindre 76 % en 1998.

La croissance des effectifs des élèves s'est accompagnée d'une augmentation du ratio élève/maître qui est passé de 41 en 1962 à 55 en 1999. L'effectif des filles dans l'enseignement primaire était très faible aux lendemains de l'indépendance : il était évalué à 25 080 filles contre 64 036 garçons en 1961 (soit 39 %). Mais cet effectif de filles a connu une progression relativement plus rapide au cours des années qui ont suivi, traduisant une réduction progressive de l'écart entre la scolarisation des filles et celle des garçons. On est ainsi passé, en moyenne, de 2,5 inscriptions de garçon pour une fille inscrite en 1961 à 1,6 en 1998.

L'évolution des effectifs d'inscrits dans le sens de l'amélioration de la scolarisation des filles est liée aux réformes successives et à la prise de conscience du Gouvernement et de nombreux partenaires de la nécessité d'agir de façon à opérer une discrimination positive en faveur des filles.

### 2.1.2 Les objectifs en matière d'éducation

C'est dans les années 90 que le Gouvernement a véritablement pris des mesures très sensibles pour favoriser l'accès des filles à l'école.

Ainsi, au terme des états généraux de l'éducation en 1990, le Gouvernement a déclaré l'enseignement primaire première priorité et a retenu parmi les six objectifs essentiels à atteindre, l'égalité de chance pour tous et le renforcement de la qualité de l'école. Ces objectifs visent à démocratiser l'accès à l'école et à en améliorer l'utilité sociale.

Dans la Déclaration de Politique de Population de Mai 1996, le Gouvernement a retenu comme sous objectif la lutte contre la déperdition scolaire et en particulier celle des filles. L'une des stratégies retenues à cet effet est l'identification des facteurs limitant la scolarisation des enfants en âge scolaire, en général, et celle des filles en particulier (MPREPE-CNRHP, 1996).

Plus récemment, dans son plan d'orientation 1998-2002 où l'État s'est fixé comme objectif de favoriser l'accès à l'école et de permettre le relèvement du taux de scolarisation, l'une des stratégies adoptées par le Gouvernement est la sensibilisation des parents pour qu'ils envoient tous leurs enfants en âge scolaire, notamment les filles, à l'école (MPREPE, 1998).

Dans le Programme d'Action du Gouvernement, plusieurs actions sont programmées pour améliorer la scolarisation des filles. Il s'agit notamment :

- de la construction des foyers de jeunes filles de l'enseignement secondaire dans le Mono et l'Atacora et la réhabilitation de quatre foyers dans les départements de l'Atlantique, du Borgou, de l'Ouémé et du Zou;
- de l'organisation d'actions de sensibilisation auprès des populations en faveur de la scolarisation des filles (séminaires locaux, sketches à la radio et à la télévision, études des facteurs clefs);
- de la construction de 112 écoles primaires en milieu rural dans la période 1997-1999, etc. (République du Bénin, 1997).

La société civile se mobilise également à travers des réseaux pour la scolarisation des filles.

Au total, tous les acteurs de l'école sont conscients que l'amélioration substantielle de la scolarisation des enfants passe par celle des filles dont la plupart n'accèdent pas encore à l'école. L'intérêt de la détermination du Gouvernement et des partenaires de l'école pour la scolarisation des filles réside dans le rôle primordial de la femme dans le développement économique et social du pays.

L'analphabétisme constitue une contrainte majeure à la participation de la femme au développement. De plus, elle est moins apte à jouer pleinement son rôle traditionnel de mère et d'éducatrice.

## 2.2 Le concept de santé en matière de reproduction

On entend par santé reproductive, « le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire.

Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables, acceptables; ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé »[1].

La santé reproductive suppose donc l'accès des populations à des services de santé sexuelle et reproductive efficaces. Il faudrait en d'autres termes, à titre d'illustration que :

---

[1] Programme d'action de la conférence Internationale sur la Population et le Développement, paragraphe 7.1.

- la population soit informée et éduquée sur les questions de santé et de sexualité;
- les femmes bénéficient des soins de santé appropriés pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après l'accouchement;
- les adolescents et les adultes puissent décider du choix de la méthode de contraception qui leur convient et y accéder;
- la population sexuellement active puisse bénéficier des mesures de prévention et de traitement des MST/SIDA.

Au vu de ces définitions, la scolarisation a-t-elle une influence sur les composantes de la santé en matière de reproduction? Avant d'y répondre, il apparaît nécessaire de commencer par s'interroger sur les perceptions que la société a des filles.

## 2.3 Perceptions sociales des filles

Pour comprendre les différences de comportement des ménages en matière de scolarisation des filles, il apparaît nécessaire de s'interroger sur les perceptions sociales des filles par rapport aux garçons.

La pression de la famille et des coutumes se traduit par le maintien du statut de la femme au foyer dans la société. En conséquence, la femme se marie très jeune, et exerce relativement peu d'activités hors du foyer. En revanche, l'homme est perçu comme celui à qui incombent les charges du ménage. Il lui revient par conséquent, d'avoir un emploi, d'où une préférence pour sa scolarisation.

On peut constater en effet, à travers les données du recensement de 1992, que le mariage est précoce au Bénin, et plus particulièrement chez les jeunes filles où 35,7 % de celles de 15 à 19 ans révolus sont mariées, contre 4,1 % des garçons de la même tranche d'âges. Quand bien même les bouleversements socio-économiques observés au Bénin ces dernières années ont quelque peu modifié les comportements en matière de nuptialité (l'âge moyen des filles au premier mariage est passé de 17,6 ans (en 1979) à 19,2 ans (en 1992)), il apparaît globalement que la nuptialité est un phénomène qui intervient plus tôt dans l'adolescence chez les femmes alors qu'elle est beaucoup plus tardive chez les hommes. Cette situation puise ses racines dans les traditions béninoises où la scolarisation de la fille est encore mal perçue et les rôles dévolus à la femme, malgré quelques changements socio-culturels, restent encore ceux d'épouse et de mère. En effet, les taux de fécondité sont très élevés chez les filles âgées de 15 à 19 ans révolus, et plus particulièrement chez celles du milieu rural (voir tableau 2.1).

Tableau 2.1 Taux de fécondité des adolescentes par groupe d'âge et milieu de résidence (en ‰)

| Âge | Urbain | Rural | Ensemble |
|---|---|---|---|
| 12-14 ans | 3,6 | 8,0 | 6,0 |
| 15-19 ans | 92,9 | 190,4 | 139,7 |

Source : RGPH2 (1992)

Selon GECA PROSPECTIVE (1995), on constate que si l'utilité de l'école est perçue pour les garçons, (80 % des parents interrogés y trouvent une utilité), cela n'est pas encore le cas pour les filles (35,6 % des personnes interrogées ignorent ce que l'école apporte aux filles). Au nombre des facteurs qui entravent la scolarisation des filles, GOMIDO (1990) énumère : la dot (en ce sens où la fille scolarisée rapporterait moins de dot du fait de la remise en cause de cette pratique), les travaux champêtres (où les filles sont sollicitées dans la culture de la tomate), les cas de grossesse précoce (qui seraient plus fréquents chez les filles scolarisées), l'ignorance de l'importance de l'institution scolaire, les échecs scolaires plus nombreux chez les filles, pour ne citer que ces facteurs. En un mot, les causes économiques et socio-culturelles, le manque d'éducation sexuelle et ses causes multiples, l'inadaptation du système scolaire aux besoins de la société et les problèmes et la crise de civilisation constituent les maux qui freinent la scolarisation en général, et, plus particulièrement, celle des filles.

Malgré la bonne opinion des personnes interviewées à l'étude sur les déterminants de la demande d'éducation formelle en milieu rural, certaines dérives de l'école sont dénoncées par les parents d'élèves (voir PNUD, 1998). Ainsi, une proportion non négligeable des personnes interviewées pensent que l'école déprave les mœurs . La "débauche" a été citée surtout en ce qui concerne les filles scolarisées qui ont des comportements allant à l'encontre des valeurs traditionnelles. Ce phénomène débouche, dans la plupart des cas, sur l'abandon de l'école par la fille avec perte de l'investissement financier effectué par les parents. De plus, il se pose souvent un problème d'honneur et de fierté, car les enquêtés ont déclaré : "c'est une honte pour nous lorsque nos filles tombent enceintes à l'école; tout ce que tu as dépensé est perdu et tu es dans la honte". "Quand les filles commencent l'école, cela ne dure pas. Elles tombent enceintes et nous honnissent ainsi".

Selon le PNUD (1998a), la scolarisation des filles crée à la fois un manque à gagner et des frustrations pour les parents. En effet, le fait que les filles scolarisées échappent souvent au mariage coutumier et choisissent elles-mêmes leur conjoint est préjudiciable aux parents car ce faisant, elles empêchent ces derniers d'honorer leurs engagements (mariage par échange...), de respecter certaines règles religieuses (mariage dès les premières menstrues chez les Musulmans) ou de profiter de la dot qui, en certains endroits, peut atteindre 400.000 Francs CFA (département du Mono). Il s'ensuit que l'impression défavorable que ces personnes ont de la scolarisation des filles n'est pas sans conséquences sur les chances des filles d'accéder à l'école.

## 2.4 La satisfaction du désir de procréer

La population béninoise reste en moyenne fortement pronataliste. Ainsi, l'indice synthétique de fécondité (ISF) pour les femmes âgées de 15 à 49 ans a été évaluée à 6,3 enfants à l'EDSB-I de 1996. Les femmes sans instruction ont un ISF beaucoup plus élevé (7 enfants par femme) que les femmes ayant de l'instruction (5 enfants par femme de niveau primaire et 3,2 enfants par femme de niveau secondaire ou plus). Les femmes instruites, en particulier, celles ayant, au moins, le niveau d'instruction secondaire, sont, en effet, celles qui, d'une part, entrent en union plus tardivement et, d'autre part, pratiquent le plus la contraception (voir Kodjogbé, Mboup et al., 1997).

Tableau 2.2 Indice synthétique de fécondité désirée et indice synthétique de fécondité pour les cinq années ayant précédé l'enquête

| Niveau d'instruction des femmes | ISFD | ISF | ÉCART |
|---|---|---|---|
| Sans niveau | 5,6 | 7,0 | 1,4 |
| Primaire | 4,0 | 5,0 | 10 |
| Secondaire et plus | 2,3 | 3,2 | 0,9 |
| Ensemble des femmes | 5,0 | 6,3 | 1,3 |

L'EDSB-I a permis également d'évaluer le degré de réussite des couples dans leur fécondité à partir de l'écart entre l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et l'indice synthétique de fécondité actuelle.

L'écart évalué entre l'ISF et l'ISFD donne une idée de l'effet potentiel qu'aurait un programme de planification familiale réussi sur la fécondité. Il apparaît que cet effet est plus important quand on est non instruite et qu'il diminue avec le niveau d'instruction. Ainsi, il y aurait plus de naissances non désirées quand on est analphabète que lorsqu'on est instruite.

Cette interprétation amène à envisager l'hypothèse que le niveau d'instruction a un effet sur les facteurs permettant un meilleur contrôle des naissances tels que l'accès à des informations sur les problèmes de santé et de sexualité, d'accès à des services appropriés pendant la grossesse et après les couches, la connaissance et l'accès à des méthodes variées de contraception.

## 2.5 La maîtrise de la fécondité

Différentes études ont montré que les naissances précoces et les naissances rapprochées ont un effet négatif sur la santé de la mère et de l'enfant et constituent une cause de mortalité infantile et de stérilité secondaire. Les résultats d'observations faites au Bénin en 1996 indiquent d'une part que 26 % des adolescentes (15-19 ans) sont déjà mères ou attendent un enfant et d'autre part 2,4 % des adolescentes mères ont eu deux naissances vivantes à moins de 18 mois d'intervalle. Ces ratios sont importants et leur niveau pose un problème de santé publique.

Or la scolarisation introduit une discrimination positive par rapport aux problèmes des naissances précoces ou rapprochés. Ainsi, la même source révèle que seulement 2,8 % des adolescentes ayant le niveau secondaire ou plus ont déjà une vie féconde contre respectivement 19 % et 34,5 % pour celles qui ont le niveau primaire et les analphabètes (Kodjogbé, Mboup et al., 1997, pages 42 et 44).

Ces situations peuvent résulter soit, de la persistance de certaines pratiques traditionnelles encourageant les mariages précoces, soit de la méconnaissance ou de la faible utilisation des méthodes efficaces de contraception.

## 2.6 La connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives

En général, la majorité de la population connaît une méthode contraceptive moderne. À l'EDSB-I (1997), 76,1 % des femmes et 93,6 % des hommes ont déclaré connaître au moins une méthode contraceptive moderne. Ces proportions sont les mêmes pour les femmes en union et les hommes en union. La proportion de femmes dans ce cas s'améliore substantiellement avec le niveau d'instruction : 71,2 % pour les femmes sans niveau d'instruction, 91,7 % pour celles qui ont le niveau primaire et 98,6 % pour celles qui ont le niveau secondaire ou plus.

Cette connaissance des méthodes modernes est relativement précoce chez les femmes. Ainsi, 66 % des adolescentes (15-19 ans) connaissent les méthodes contraceptives modernes.

Mais peu de femmes sexuellement actives utilisent une méthode contraceptive moderne. L'accès à une méthode moderne de contraception s'améliore nettement par contre avec le niveau d'instruction : la prévalence contraceptive (moderne) est de 2,1 % chez les femmes sans niveau d'instruction, 7 % pour les femmes de niveau primaire et 11,1 % pour celles qui ont un niveau secondaire ou plus (Kodjogbé, Mboup et al., 1997, page 48, pages 50 et 56).

Ces quelques exemples montrent bien dans le contexte du Bénin l'importance de l'éducation pour l'amélioration des conditions de vie des populations. L'accès à l'instruction crée visiblement les conditions favorables au développement du capital humain. C'est un facteur incontournable du développement économique et social.

L'ignorance est un signe de pauvreté et l'on comprend que les femmes constituent un groupe vulnérable : elles sont à plus de 75 % analphabètes. Pourtant la nécessité de scolariser les filles n'est pas encore partagée par tous les parents.

## 2.7 Une synthèse de l'impact du niveau d'instruction des femmes sur les différentes composantes de la santé reproductive

Il ressort du tableau 2.3 que la quasi-totalité des composantes de la santé reproductive sont très sensibles au niveau d'instruction des femmes.

Tableau 2.3 Variation des composantes de la santé reproductive en fonction du niveau d'instruction des femmes

| Niveau d'instruction des femmes | Aucun | Primaire | Secondaire et plus | Ensemble des femmes |
|---|---|---|---|---|
| Indice synthétique de fécondité | 7,0 | 5,0 | 3,2 | 6,3 |
| Indice synthétique de fécondité désirée | 5,6 | 4,0 | 2,3 | 5,0 |
| Âge médian à la première naissance (années) | 19,3 | 20,0 | 22,9 | 19,6 |
| Pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde | 34,5 | 19,0 | 2,8 | 26,0 |
| Pourcentage de femmes utilisant une méthode moderne quelconque | 2,1 | 7,0 | 11,1 | 3,4 |
| Pourcentage des ménages où la femme et son conjoint approuvent la PF | 24,7 | 39,9 | 55,3 | 29,9 |
| Âge médian à la première union (années) | 18,0 | 19,3 | 23,0 | 18,4 |
| Demande potentielle totale en PF | 38,6 | 53,1 | 57,6 | 42,1 |
| Nombre idéal d'enfants désirés | 6,1 | 4 ,4 | 3,5 | 5,5 |
| Mortalité infanto-juvénile ($_5q_0$) | 193,7 | 163,2 | 76,7 | 183,9 |
| Pourcentage de femmes accouchant dans un établissement sanitaire | 57,3 | 86,4 | 95,6 | 63,9 |
| Pourcentage de femmes connaissant le sida | 76,0 | 93,9 | 99,3 | 81,7 |
| Pourcentage de femmes utilisant le condom pour se protéger du sida parmi celles le connaissant | 15,1 | 40,1 | 68,4 | 26,9 |

Les femmes instruites sont, en général, moins fécondes. Ce sont elles qui aspirent à une descendance moins élevée et qui, par conséquent, entrent en union plus tardivement et qui utilisent plus fréquemment la planification familiale que les femmes non instruites. On note par ailleurs que les enfants des femmes instruites sont moins exposées aux maladies infantiles telles que les diarrhées et la fièvre et bénéficient de plus de chance de survie que les enfants de mères non instruites. Même si l'éducation, à elle seule, n'explique pas ces écarts, car l'on sait que les femmes instruites ont plus de chances de vivre dans des endroits sains et ont plus accès aux services de santé, les études de l'EDS ont néanmoins montré que les attitudes des mères en matière de santé reproductive sont associées à l'éducation.

Ces résultats indiquent que l'amélioration de l'éducation des filles pourrait sensiblement contribuer à l'amélioration de la santé reproductive des femmes en général, et des adolescentes en particulier.

Mais pour y parvenir, il y a lieu de s'interroger en profondeur sur les motifs de faible scolarisation des enfants en général et des filles en particulier.

# CHAPITRE 3
# COMPORTEMENT DES MÉNAGES FACE A LA SCOLARISATION DES FILLES : UNE QUESTION DE RATIONALITÉ ÉCONOMIQUE

Présentant les résultats d'une petite enquête en milieu rural, Degan (1986) révèle que parmi les personnes adultes (ayant des enfants en bas-âge) interviewées, 84,3 % ont l'intention de ne pas scolariser leurs enfants. Les raisons évoquées sont : la nécessité pour les enfants d'assister leurs parents dans l'exercice de leurs métiers, la baisse du niveau des élèves, les échecs scolaires, le chômage à la fin des études. Par ailleurs, 12,8 % des interviewés ont déjà envoyé leurs enfants à l'école et ne veulent plus en scolariser d'autres.

Il apparaît ainsi un phénomène de compétition serrée entre la scolarisation des enfants et leur contribution aux activités de production exercées par leurs parents, et les filles pourraient davantage faire les frais de cette compétition en raison de la perception défavorable que la société a d'elles. Ce n'est donc pas le fait du hasard si l'on relève une réticence des parents à scolariser leurs filles, et Marcoux (1995) permet de mieux appréhender la question lorsqu'il montre que les activités scolaires diminuent le temps dont disposent les écoliers pour participer à la subsistance de leur ménage. L'école a ainsi pour effet d'opérer une ponction sur la force de travail dont dispose le ménage. Tant que le travail des enfants, et des filles en particulier, représentera une nécessité pour un nombre important de ménages, il sera difficile d'assurer une éducation primaire à une proportion élevée de cette tranche de la population.

Dans un travail portant sur la sous-préfecture de Bembéréké, Chabi Agba Barka (1991) remarque qu'il y a incompatibilité entre l'école dans sa forme actuelle et les aspirations des populations rurales, et suggère quelques mesures d'incitation à la scolarisation des enfants, la réorganisation du système de travail dans les zones rurales et la création de centres de formation d'adolescents.

Mais en attendant une éventuelle réorganisation du système de travail, la prise en compte de la compétition entre l'école et les activités de subsistance des ménages sera déterminante pour expliquer les différences de comportement (en matière de scolarisation) selon le statut familial des enfants.

La décision de scolarisation des enfants dépend des ménages, notamment des comportements et des caractéristiques de leurs chefs. Mais au sein des ménages, les épouses aussi participent dans bien des cas à la prise de la décision. Le présent chapitre permettra d'aborder les points ci-après :

la demande en éducation et scolarisation des filles au sein du ménage;
les écarts remarquables entre la scolarisation des filles et des garçons;
les différences entre chefs de ménages instruits et chefs de ménages non instruits;
les femmes chef de ménages paraissent plus favorables à l'école;
la scolarisation des filles au sein des ménages dirigés par les femmes;
les contraintes pour la scolarisation des filles.

## 3.1 Demande en éducation et scolarisation des filles au sein du ménage

Plusieurs études ont relevé la réticence des parents à scolariser les filles. Cette situation semble être liée au statut social de la femme marqué par l'influence des traditions qui privilégient pour la femme les fonctions de mère, de femme au foyer et d'aide familiale. Les stratégies adoptées par les familles pour préparer la jeune fille à assumer ces responsabilités futures incluent dans certaines régions la séparation de l'enfant des parents. La jeune fille est donc souvent amenée à vivre en dehors du ménage des parents.

Dans une étude sur les principales causes de la déperdition dans le Mono, les auteurs concluent : « le milieu familial et environnant surtout dans le Mono nord, tend à rejeter ce principe (scolarisation des filles) qui soustrait l'enfant du respect de la tradition et déstabilise l'organisation sociale (importance du mariage et de la dot) (Akpakpa et autres, 1998).

Par ailleurs, l'exploitation à des fins pécuniaires de la tradition des enfants (filles) confiés contribuent à limiter la scolarisation des filles par les parents. Un témoignage cité dans le rapport au Bénin « (UNICEF-UNESCO-MTEAS, 1991) » illustre bien ce phénomène.

"J'ai envoyé quatre (4) de mes enfants au Nigéria travailler comme domestiques. Chacun d'eux me rapporte cinq mille (5.000) francs CFA par mois. Je vivais à l'étroit dans la maison familiale. Avec cette somme j'ai pu acheter un champ et construire cette maison que vous voyez. Que me rapporte le seul que j'ai gardé ici et que j'envoie à l'école? À l'école, on lui apprend à labourer la terre, je sais le faire, on lui apprend à fabriquer des paniers, je peux l'apprendre au maître. Pourquoi me demandez-vous d'envoyer mon enfant à l'école?"

Une étude récente, exploitant les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 1996 confirme la réticence des parents pour la scolarisation des filles.

Elle montre que dans tous les départements, les ménages qui scolarisent tous leurs enfants d'âge scolaire sont également ceux où résident un effectif relativement élevé de garçons scolarisables. Les ménages qui ne scolarisent aucun de leurs enfants sont aussi ceux qui comptent relativement plus de filles d'âge scolaire (Dossou et autres, 1998 page 47). Les résultats du recensement général de la population et de l'habitation de 1992 donnent la même tendance.

## 3.2 Écarts remarquables entre la scolarisation des filles et des garçons

Les statistiques scolaires indiquent une sous-scolarisation des filles. En 1962, pour 10 garçons à l'école, on comptait 4 filles, en 1984, on en comptait 5 et en 1996 moins de 6. Les taux de scolarisation calculés entre 1992 et 1996 sur la base des données du RGPH2 et de l'EDS indiquent que la situation des filles par rapport aux garçons s'est peu améliorée.

Tableau 3.1 Taux de scolarisation selon le sexe et le milieu de résidence au recensement (1992) et à l'enquête démographique et de santé (1996)

| | Sexe masculin (1) | Sexe féminin (2) | Tous sexes | Ratios (1)/(2) |
|---|---|---|---|---|
| **Recensement de 1992** | | | | |
| Milieu urbain | 0,7 | 0,5 | 0,6 | 1.4 |
| Milieu rural | 0,4 | 0,2 | 0,3 | 1,9 |
| Tous milieux | 0,6 | 0,4 | 0,5 | 1,5 |
| **Enquête Démographique et de Santé de 1996** | | | | |
| Milieu urbain | 0,8 | 0,5 | 0,7 | 1,4 |
| Milieu rural | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 1,9 |
| Tous milieux | 0,6 | 0,4 | 0,5 | 1.6 |

Source : EDSB-I 1996

Ainsi, “les comportements des ménages en matière de scolarisation des enfants selon le sexe de ceux-ci sont restés stables dans le temps” (Dossou et autres, 1998).

Par ailleurs, cette étude a montré des écarts importants entre les garçons et les filles dans la rétention à l'école selon l'âge. Les taux spécifiques de scolarisation par âge indiquent que si la proportion des filles inscrites à l'école en milieu rural est très inférieure à celle des garçons et décroît dès l'âge de 9 ans, en milieu urbain, les taux spécifiques observés au niveau des filles sont relativement proches de ceux des garçons entre 6 et 7 ans. Mais dès 8 ans, on constate une chute assez rapide de près de 25 % du taux de scolarisation des filles pendant que celui des garçons grimpe de 0,66 à 0,85, soit 29 %, creusant un écart de près de 80 % entre les filles et les garçons.

Tableau 3.2 Taux spécifiques de scolarisation selon l'âge, le sexe et le milieu de résidence (selon les données de l'enquête démographique et de santé)

| | Tous sexes confondus | | | Masculin | | | Féminin | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Âge | Ensemble | Milieu urbain | Milieu rural | Ensemble | Milieu urbain | Milieu rural | Ensemble | Milieu urbain | Milieu rural |
| 6 ans | 0,25 | 0,43 | 0,19 | 0,29 | 0,41 | 0,24 | 0,22 | 0,44 | 0,14 |
| 7 ans | 0,38 | 0,64 | 0,28 | 0,42 | 0,66 | 0,34 | 0,34 | 0,63 | 0,22 |
| 8 ans | 0,51 | 0,65 | 0,45 | 0,61 | 0,85 | 0,53 | 0,40 | 0,47 | 0,37 |
| 9 ans | 0,56 | 0,74 | 0,47 | 0.67 | 0,87 | 0,57 | 0,43 | 0,57 | 0,37 |
| 10 ans | 0,51 | 0,71 | 0,43 | 0,62 | 0,82 | 0,55 | 0,40 | 0,61 | 0,30 |
| 11 ans | 0,56 | 0,73 | 0,46 | 0,69 | 0,86 | 0,61 | 0,39 | 0,58 | 0,27 |
| 12 ans | 0.51 | 0,65 | 0,44 | 0.66 | 0,83 | 0,60 | 0,35 | 0,51 | 0.26 |
| 13 ans | 0,50 | 0,64 | 0,43 | 0,65 | 0,76 | 0,60 | 0,34 | 0,54 | 0,25 |
| 14 ans | 0,55 | 0,69 | 0,45 | 0,66 | 0,82 | 0,57 | 0,40 | 0,56 | 0,27 |
| Tous âges | 0.47 | 0,65 | 0.39 | 0,57 | 0,76 | 0.5 | 0,36 | 0,54 | 0,27 |

Source : EDSB-I 1996

Une enquête récente (PNUD, 1998b) sur l'emploi de temps des ménages a montré que les écolières, quel que soit le milieu, consacrent deux fois plus de temps aux travaux domestiques que les garçons. À la campagne, pour certaines activités économiques, l'aide des enfants est sollicitée. Ainsi, les besoins de main d'œuvre tant pour les travaux domestiques que pour les activités économiques retiennent plus encore les filles que les garçons à la maison. Mais la situation des enfants varie avec les caractéristiques du chef de ménage, notamment avec son niveau d'instruction.

## 3.3 Différences entre chefs de ménage instruits et chefs de ménage non instruits

Lorsqu'on observe le comportement des chefs de ménages par rapport à la proportion des enfants scolarisés, on remarque une nette différence entre les chefs de ménages instruits et les chefs de ménages qui n'ont jamais été eux-mêmes à l'école.

Ainsi, les chefs de ménages ayant, au moins, un niveau d'enseignement primaire sont proportionnellement moins nombreux à ne scolariser aucun enfant; par contre, ils sont proportionnellement plus nombreux à scolariser tous leurs enfants. Un niveau d'instruction plus élevée des parents accroît ainsi les chances de scolarisation des enfants.

Tableau 3.3 Proportion des ménages selon qu'ils scolarisent aucun, en partie ou la totalité des enfants scolarisables et le niveau d'instruction du chef de ménage

| Niveau d'instruction du Chef de Ménage | Aucun | En partie | Tous | Total |
|---|---|---|---|---|
| **Homme** | **37,9** | **33,6** | **28,5** | |
| Aucun | 46,5 | 35,4 | 18,1 | 100,0 |
| Primaire | 27,8 | 34,5 | 37,7 | 100,0 |
| Secondaire | 15,9 | 24,2 | 59,9 | 100,0 |
| **Femme** | **36,3** | **23,0** | **40,7** | |
| Aucun | 40,5 | 25,5 | 34,0 | 100,0 |
| Primaire | 21,3 | 17,3 | 61,4 | 100,0 |
| Secondaire* | 32,6* | 13,9* | 53,5* | 100,0 |
| **Ensemble** | **37,6** | **31,9** | **30,5** | |
| Aucun | 45,4 | 33,6 | 21,0 | 100,0 |
| Primaire | 27,0 | 32,4 | 40,6 | 100,0 |
| Secondaire | 17,8 | 23,0 | 59,2 | 100,0 |

Source : EDSB-I 1996
* Effectif inférieur à 50

## 3.4 Les femmes chefs de ménage paraissent plus favorables à l'école

De façon générale, l'on observe que les femmes chefs de ménages scolarisent plus fréquemment leurs enfants que les chefs de ménages hommes. La proportion d'entre elles qui scolarisent tous les enfants d'âge scolaire est nettement supérieure à celle des chefs de ménages hommes et cela, quel que soit le milieu.

Tableau 3.4 Proportion des ménages selon qu'ils scolarisent aucun, en partie ou la totalité des enfants, le sexe du chef de ménage et le milieu de résidence

| | Aucun | En partie | Tout | Total |
|---|---|---|---|---|
| **Chef de ménage homme** | **37,9** | **33,6** | **28,5** | 100,0 |
| Urbain | 21,9 | 31,4 | 46,7 | 100,0 |
| Rural | 44,5 | 34,6 | 20,9 | 100,0 |
| **Chef de ménage femme** | **36,3** | **23,0** | **40,7** | 100,0 |
| Urbain | 26,1 | 24,3 | 49,6 | 100,0 |
| Rural | 44,6 | 21,9 | 33,5 | 100,0 |
| **Ensemble** | **37,6** | **31,9** | **30,5** | |
| Urbain | 22,9 | 29,8 | 47,4 | 100,0 |
| Rural | 44,5 | 32,9 | 22,6 | 100,0 |

Source : EDSB-I 1996

Même en milieu rural, le tiers des ménages dirigés par les femmes scolarisent tous leurs enfants, contre un cinquième pour les ménages dirigés par les hommes. Bien sûr, il y a des différences de situation entre les chefs de ménages hommes et les chefs de ménages femmes. Celles-ci sont relativement plus âgées, vivent pour la plupart en ménages dissociés. Mais il semble, conformément au tableau 3.5. qu'à tranche d'âge égale, les chefs de ménages femmes scolarisent toujours mieux. À chaque tranche d'âge, la proportion des

femmes chefs de ménage qui scolarise tous leurs enfants à charge est nettement supérieure à celle des hommes, alors que la proportion ne scolarisant aucun enfant est généralement plus faible.

En ce qui concerne la différence de situation matrimoniale, les données du RGPH2 indiquent que même les femmes chefs de ménages monoparentaux scolarisent “autant” que la moyenne des hommes (Guingnido et al., 1997).

À la base de ce comportement, on évoque un plus grand souci de l’avenir des enfants et une moindre sollicitation sociale des femmes en dehors du ménage.

Tableau 3.5 Proportion des ménages selon qu'ils scolarisent aucun, une partie ou la totalité des enfants selon le sexe et l'âge du chef de ménage

| Tranche d'âge | Aucun | En partie | Tout |
|---|---|---|---|
| **Chef de ménage homme** | | | |
| < 35 | 50,3 | 20,0 | 29,7 |
| 35 – 49 | 31,8 | 37,6 | 30,6 |
| 50 et + | 38,9 | 35,8 | 25,3 |
| **Chef de ménage femme** | | | |
| < 35 | 39,3 | 12,4 | 48,3 |
| 35 – 49 | 27,8 | 33,3 | 38,9 |
| 50 et + | 40,8 | 20,0 | 39,2 |
| **Ensemble** | **37,6** | **31,9** | **30,5** |
| < 35 | 48,6 | 18,7 | 32,7 |
| 35 – 49 | 31,3 | 37,0 | 31,7 |
| 50 et + | 39,3 | 32,6 | 28,2 |

## 3.5 La scolarisation des filles au sein des ménages dirigés par les femmes

Les données précédentes ont montré que les femmes scolarisent mieux leurs enfants mais que cependant, les filles demeurent nettement sous-scolarisées. Quelle est alors l’attitude des femmes chefs de ménages vis-à-vis des filles de leurs ménages. L’échantillon de l’EDS se révèle assez faible pour permettre une interprétation fiable des résultats à partir des ménages. Mais lorsqu'on passe au taux de scolarisation, le nombre d'enfants est suffisant pour des interprétations pertinentes. L’étude des taux bruts de scolarisation des enfants de 6 à 14 ans, permet de confirmer le fait que les femmes chefs de ménages scolarisent mieux leurs enfants et qu'elles ont également une préférence pour les garçons. Dans un ménage dirigé par une femme, une fille a 35 % moins de chance qu’un garçon d'aller à l'école.

Tableau 3.6 Taux de scolarisation par sexe des enfants selon le niveau d'instruction et le sexe du chef de ménage

| | Homme chef de ménage | | Femme chef de ménage | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Garçon (1) | Fille (2) | Garçon (1') | Fille (2') | 1/1' | 2/2' |
| Aucun | 45,8 | 22,7 | 65,2 | 37,6 | 1,4 | 1,6 |
| Primaire | 69,3 | 47,1 | 84,1 | 70,3 | 1,2 | 1,5 |
| Secondaire et + | 89,4 | 64,8 | 91,3* | 57,8* | 1,0 | 0,9 |
| Ensemble | 558 | 33,9 | 69,8 | 45,5 | 1,2 | 1,3 |

Source : EDSB-I 1996
* Effectif inférieur à 50

Néanmoins les chances pour une fille d’aller à l’école sont plus élevées si elle vit dans un ménage dirigé par une femme que si elle vit dans un ménage dirigé par un homme (30 % de chance de plus). Plus précisément, une fille à 60 % plus de chance d'aller à l'école dans un ménage dirigé par une femme non instruite que dans celui dirigé par un homme non instruit. On remarque que le niveau d'instruction primaire des femmes fait passer le taux de scolarisation des filles à un niveau plus important que dans le cas des hommes (33 points contre 25).

Les proportions de ménages qui scolarisent une partie, aucune ou la totalité des enfants à partir des données du recensement de 1992 confirment ces résultats. En effet, selon ces données, on observe que les femmes ont également une préférence en matière de scolarisation pour leurs garçons.

La proportion des femmes chefs de ménages qui ne scolarisent aucun de leurs garçons est de 29 % contre 51 % en ce qui concerne les filles. Dans plus de 60 % des cas, elles scolarisent tous leurs garçons. Par contre elles ne sont que 36 % à scolariser toutes les filles. Les chefs de ménages femmes reproduisent peu ou prou les schémas de société patriarcale et retiennent encore assez massivement leurs filles à la maison.

Le plus grand souci de l'avenir des enfants et l'ouverture que donne l'instruction font que les femmes instruites scolarisent nettement mieux leurs enfants. Le gain en scolarisation est très sensible dès le niveau primaire. La proportion qui ne scolarise aucun enfant est réduite de près de la moitié lorsqu'on passe des femmes non instruites à celles ayant le niveau primaire. De même, plus de 60 % des femmes ayant un niveau d'enseignement primaire scolarisent tous leurs enfants contre 34 % pour celles qui n'ont jamais été à l'école et contre 38 % pour les hommes ayant le même niveau (voir tableau 4.3). On peut dire que l'instruction des femmes en tant que" stratégie d'entraînement de changement de comportement vis-à-vis de l'école" s'avère plus efficace.

Tableau 3.7 Proportion des ménages selon qu'ils scolarisent aucun, une partie ou la totalité des enfants selon le sexe du chef de ménage et le sexe des enfants

| Chef de ménage | Aucun | En partie | Tout | Total |
|---|---|---|---|---|
| **Homme** | 44,7 | 26,8 | 28,5 | 100,0 |
| Garçons | 40,8 | 14,9 | 44,3 | 100,0 |
| Filles | 60,4 | 13,0 | 26,6 | 100,0 |
| **Femme** | 38,8 | 21,7 | 39,5 | 100,0 |
| Garçon | 29,3 | 9,0 | 61,7 | 100,0 |
| Filles | 51,2 | 13,1 | 35,7 | 100,0 |
| **Ensemble** | 43,5 | 25,7 | 30,8 | 100,0 |
| Garçons | 38,9 | 13,9 | 47,2 | 100,0 |
| Filles | 58,5 | 13,0 | 28,5 | 100,0 |

Source : INSAE/RGPH2

Cependant, une analyse plus fine montre une légère différence quant au comportement entre les hommes et les femmes chefs de ménages vis-à-vis des filles. Ainsi, si l'on prend la catégorie des ménages qui ne scolarisent aucun enfant, on observe un rapport de masculinité plus faible des enfants dans les ménages de cette catégorie dirigés par les femmes. De même, si l'on considère la catégorie des ménages qui scolarisent tous leurs enfants, on remarque un rapport de masculinité supérieur à 100 mais plus faible dans les ménages dirigés par les femmes.

Il résulte de ce qui précède que les femmes qui scolarisent tous leurs enfants scolarisent relativement plus les filles que les hommes n'en scolarisent (Dossou et autres, 1998).

## 3.6 Contraintes pour la scolarisation des filles

En recherchant les causes de la sous-scolarisation générale des filles, on peut évoquer le poids encore très lourd de la société traditionnelle toujours présente avec ses modes de production, de vie et de pensée. La perception de la fille, comme gardienne du foyer, contrairement au garçon qui doit en devenir le chef et

à qui incombe la recherche des moyens de vie de la famille, en est une des survivances. Mais au-delà de ce constat il faut rechercher quels sont les éléments concrets qui constituent encore des freins à la scolarisation des filles.

Tableau 3.8 Nombre de garçons pour 100 filles scolarisables au sein de l'ensemble des ménages et des ménages dirigés par les femmes

| | Strate | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Atacora | Atlantique | Borgou | Mono | Ouémé | Zou |
| **Ménages scolarisant tous les enfants** | | | | | | |
| Ens. Des ménages | 160,1 | 117,6 | 127,0 | 184,2 | 139,2 | 145,6 |
| CM=Femme | 136,5 | 100,0 | 105,2 | 132,1 | 119,4 | 133,1 |
| **Ménages ne scolarisant aucun enfant** | | | | | | |
| Ens. Des ménages | 111 | 68,7 | 99,5 | 92,7 | 83,1 | 88,8 |
| CM=Femme | 75,3 | 36,0 | 40,6 | 67,9 | 55,3 | 60,6 |

Source : EDSB-I 1996
CM = chef de ménage

En effet, les causes d'abandon scolaire citées par les femmes lors de l'EDS 1996 mettent un accent sur les échecs scolaires (24,4 %) après le manque d'intérêt pour l'école et suivi aussitôt par les questions financières (frais de scolarité). Or les échecs scolaires sont liés aux conditions mêmes d'étude des filles tant à l'école qu'à la maison. L'enquête Emploi du Temps (PNUD, 1998b) a révélé que les filles ont de lourdes charges de travail domestique. On peut observer alors que les corvées d'eau et de bois prennent beaucoup plus de temps aux filles qu'aux garçons. Les données de l'EDS montrent que dans les ménages dont le point d'approvisionnement en eau se situe à plus d'un kilomètre, le taux scolarisation des filles est de moitié celui des garçons de la même catégorie.

Tableau 3.9 Taux de scolarisation des enfants par sexe et selon la distance qui sépare leur ménage du point d'approvisionnement en eau

| Distance | Garçons | Filles | Ensemble |
|---|---|---|---|
| Puits maison | 67,4 | 40,2 | 53,8 |
| Moins d'un km | 54,0 | 33,1 | 44,1 |
| Plus d'un km | 41,9 | 20,2 | 31,7 |

Source : EDS

Bien sûr, la nécessité de longues corvées d'eau est un signe de dénuement de la localité ou du ménage. Ce dénuement entraîne d'autres pratiques comme celles des enfants confiés. Ces enfants, confiés à des ménages généralement non apparentés en ville, sont peu scolarisés.

Enfin on doit évoquer la finalité et la qualité même de l'école, peu adaptée à la vie. Dans cette qualité il faut inclure le comportement indélicat de certains enseignants qui abusent des filles, renforçant par là la réticence des parents vis à vis de l'école (PNUD, 1998a).

On peut donc dire que l'école et la vie se disputent encore l'enfant dans beaucoup de régions et de couches sociales au Bénin. Si dans les villes et au niveau des garçons l'école prend le dessus, à la campagne et pour les filles la vie s'impose encore trop tôt, hypothéquant l'ouverture de l'esprit pour un avenir plus productif et plus riche dans tous les sens.

# CHAPITRE 4
# COMPORTEMENT DES MÉNAGES FACE À LA SCOLARISATION DES FILLES : UNE QUESTION DE STATUT FAMILIAL

La question de la rationalité économique est sans aucun doute importante, comme le montre bien le chapitre 3, mais elle n'est pas suffisante pour expliquer les différences de comportement des ménages en matière de scolarisation des filles, et le statut familial peut paraître tout aussi déterminant (Pilon, 1995). S'il est en effet vrai que des chefs de ménage peuvent avoir à choisir de ne pas envoyer des enfants à l'école afin que ceux-ci contribuent à leurs activités productives, le choix des enfants à participer aux dites tâches productives pourrait fortement dépendre de leur statut familial.

Le concept de statut familial permet d'apprécier les relations existant entre l'enfant et le chef de ménage. A ce sujet, les catégories d'enfants identifiées pour l'analyse sont : enfants du chef de ménage, petits fils du chef de ménage, frères ou sœurs du chef de ménage, autres parents, enfants adoptés ou confiés, sans lien de parenté.

L'approche méthodologique retenue veut que l'analyse de la situation des filles soit effectuée, le plus possible en comparaison avec celle des garçons, pour mieux appréhender certaines subtilités du débat.

Partant de l'hypothèse qu'il pourrait exister des écarts non négligeables de comportement en matière de scolarisation des filles selon que le ménage est dirigé par un homme ou par une femme, l'analyse distinguera ces types de ménages.

Le présent chapitre traitera :

de la structure des ménages selon le statut familial des enfants;
des écarts entre leurs chances d'accès à l'école;
des inégalités dans les chances d'accès à l'école selon la présence ou non des parents biologiques dans le ménage;
des inégalités d'accès à l'école selon la fréquentation des frères et soeurs.

## 4.1 Structure des ménages selon le statut familial des enfants

Il ressort du tableau 4.1 que dans l'ensemble du pays, en moyenne 64,7 % des filles scolarisables sont celles du chef de ménage. Seulement 24,8 % d'entre elles sont d'autres parents du chef de ménage, dont des petites filles de celui-ci (9,1 %) et 10,5 % n'ont aucun lien de parenté avec lui (dont 5,7 % sont des filles confiées et 4,7 % des filles adoptées).

On relève une proportion plus faible d'enfants du chef de ménage parmi les filles que parmi les garçons (77,5 %) alors qu'on observe la situation inverse au niveau des enfants "autres parents" du chef de ménage (respectivement 8,4 % pour les garçons et 13,4 % pour les filles) ainsi qu'au niveau des enfants adoptés (respectivement 1,9 % pour les garçons et 4,7 % pour les filles) et des enfants confiés (respectivement 1,2 % pour les garçons et 5,7 % pour les filles).

La situation varie selon le sexe du chef de ménage. Les ménages dirigés par des femmes comptent globalement 60,9 % de filles, autres que celles du chef de ménage contre 30,7 % pour ceux dirigés par des hommes.

Cependant au niveau des enfants de sexe masculin on relève majoritairement des enfants de chef de ménage, que celui-ci soit un homme (81,2 %) ou une femme (47,9 %). S'agissant des enfants de sexe féminin seulement 39,1 % d'entre eux sont des enfants du chef de ménage dans les ménages dirigés par des femmes contre 69,3 % dans les ménages dirigés par des hommes.

Tableau 4.1 Répartition des filles scolarisables selon le statut familial et le milieu de résidence (enquête démographique et de santé de 1996)

| | Milieu urbain | | Milieu rural | | Ensemble | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculin | Féminin | Masculin | Féminin | Masculin | Féminin |
| **Ensemble des ménages** | | | | | | |
| Enfant du CM | 73,1 | 57,3 | 79,3 | 68,4 | 77,5 | 64,7 |
| Gendre | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,2 |
| Petits fils du CM | 100,0 | 8,9 | 7,9 | 9,2 | 8,5 | 9,1 |
| Frères/Soeurs CM | 1,2 | 1,1 | 2,9 | 2,5 | 2,4 | 2,1 |
| Autres parents | 11,6 | 17,5 | 7,1 | 11,5 | 8,4 | 13,4 |
| Enfants adoptés | 2,5 | 5,3 | 1,7 | 4,3 | 1,9 | 4,7 |
| Enfants confiés | 1,6 | 9,6 | 1,1 | 3,9 | 1,2 | 5,7 |
| Sans parenté | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| **Ménages dirigés par les hommes** | | | | | | |
| Enfant du CM | 79,2 | 63,6 | 81,9 | 71,8 | 81,2 | 69,3 |
| Gendre | 0,0 | 0,2 | 0 | 0,1 | 0,0 | 0,2 |
| Petits fils du CM | 5,3 | 5,0 | 5,7 | 6,3 | 5,6 | 5,9 |
| Frères/Sœurs CM | 1,3 | 0,7 | 3,2 | 2,8 | 2,6 | 2,2 |
| Autres parents | 9,8 | 15,0 | 6,4 | 10,6 | 7,3 | 11,9 |
| Enfants adoptés | 2,8 | 5,1 | 1,8 | 4,3 | 20 | 4,5 |
| Enfants confiés | 1,7 | 10,3 | 1,1 | 4,0 | 12 | 5,9 |
| Sans parenté | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,1 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| **Ménages dirigés par des femmes** | | | | | | |
| Enfant du CM | 44,9 | 35,1 | 50,4 | 42,4 | 47,9 | 39,1 |
| Gendre | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 |
| Petits fils du CM | 31,9 | 22,8 | 31,4 | 31,0 | 31,6 | 27,2 |
| Frères/Sœurs CM | 1,0 | 2,6 | 0,4 | 0,3 | 0,7 | 1,4 |
| Autres parents | 19,8 | 26,5 | 14,4 | 17,9 | 16,9 | 22,0 |
| Enfants adoptés | 1,0 | 6,0 | 1,3 | 4,7 | 1,1 | 5,3 |
| Enfants confiés | 1,5 | 7,1 | 1,3 | 3,0 | 1,4 | 5,0 |
| Sans parenté | 0,0 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,5 | 0,0 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Source : EDSB-I 1996
CM = chef de ménage

Il ressort de ces observations une moins forte cohabitation des filles que des garçons avec leurs parents. Ainsi, il y aurait une plus forte mobilité résidentielle des filles par rapport à la résidence des parents.

Il existe des nuances non négligeables selon que les enfants habitent en milieu rural ou en ville. En milieu urbain, 63,6 % des enfants de sexe féminin (contre 79,2 % des enfants de sexe masculin) sont ceux du chef de ménage lorsque celui-ci est un homme, alors que ces proportions sont respectivement de 35,1 % et 44,9 % lorsque le ménage est dirigé par une femme.

Au niveau du milieu rural, on observe des proportions de filles de chef de ménage systématiquement plus élevées qu'en ville, que le ménage soit dirigé par un homme ou par une femme. En revanche, les proportions d'enfants "autres parents du chef de ménage" et "des enfants confiés" sont nettement moins élevées en milieu rural qu'en milieu urbain, en raison du phénomène des "Vidomègon" (les enfants placés), lesquels partent de leurs familles d'origine en milieu rural pour faire partie intégrante des stratégies de production (et de survie) des ménages urbains, que ceux-ci soient dirigés par des hommes ou des femmes. Remarquons toutefois que ce phénomène des "Vidomègon" est plus fréquent dans les ménages dirigés par des femmes (tableau 4.1).

Le phénomène "Vidomègon" a évolué dans le temps. Au départ, les "Vidomègon" sont des enfants confiés pour être éduqués dans les mêmes conditions que les enfants du tuteur. Mais de plus en plus, ce phénomène englobe une forme de salariat déguisé à travers l'emploi des enfants comme domestiques souvent mal rémunérés et mal traités.

## 4.2 Inégalité d'accès des filles à l'école selon leur statut familial

Globalement (tous milieux de résidence confondus et indifféremment du sexe du chef de ménage) 39,9 % des filles de chef de ménage sont scolarisées, contre 24,1 % pour les filles adoptées et 20,9 % pour les filles confiées. Les chances qu'une fille a d'être scolarisée varie donc de manière sensible selon qu'elle est fille du chef de ménage ou qu'elle est fille confiée ou adoptée.

Aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, les taux de scolarisation présentés dans le tableau 4.2 montrent que les chances de scolarisation des filles sont nettement plus dépendantes du statut familial que celles des garçons, cela que les ménages soient dirigés par des hommes ou par des femmes.

Sous d'autres aspects, on relève cependant d'importants écarts de comportement selon le sexe du chef de ménage. On peut effet remarquer que les femmes chefs de ménage scolarisent, en général, davantage leurs enfants que ne le font les hommes, que ces enfants soient de sexe masculin (avec des taux de scolarisation respectifs de 69,8 % pour la première catégorie de ménages et 55,8 % pour la seconde catégorie) ou de sexe féminin (respectivement 45,6 % et 33,9 %). Notons toutefois que ces femmes chefs de ménage ont également la même préférence pour la scolarisation des garçons que les hommes chefs de ménage.

L'examen des taux de scolarisation selon le statut familial de l'enfant (tableau 4.2) fait ressortir par ailleurs que les chances de scolarisation des enfants adoptés ou confiés de sexe masculin sont meilleures en milieu rural qu'en milieu urbain. Cette réalité pourrait s'expliquer par le fait qu'en milieu rural, les enfants autres que ceux du chef de ménage ont, en général, un statut bien différent de celui qu'ils ont ville. Les enfants du chef de ménage sont davantage impliqués dans le système traditionnel d'éducation, avec pour objectifs de prendre la relève de leurs parents et d'exercer les mêmes activités productives que ces derniers.

Dans un tel contexte, les enfants du chef de ménage n'ont pas davantage de chances d'être scolarisés que les autres. En outre, il n'est pas rare que des ménages défavorisés des grandes villes envoient leurs enfants en milieu rural pour y être scolarisés à moindres frais. Ce qui peut contribuer à expliquer que dans certaines sous-préfectures les enfants autres que ceux du chef de ménage aient même plus de chances d'être scolarisés.

Les tendances mises en évidence ci-dessus à partir des données de l'enquête démographique et de santé de 1996 semblent rigoureusement confirmées par les données du recensement de 1992. Cela signifie que les comportements des ménages en matière de scolarisation différentielle des enfants selon le statut familial de ceux-ci n'ont pas enregistré de modification sensible entre les deux dates.

Cependant, les données de l'enquête démographique et de santé permettent de constater avec certitude que les enfants confiés et les enfants adoptés sont ceux qui présentent les plus faibles taux de scolarisation au niveau des filles aussi bien en ville qu'à la campagne. En effet, les filles de cette catégorie d'enfants sont souvent destinées prioritairement à des activités ménagères ou utilisées en qualité d'aide familiale dans des activités productives et n'ont pas vocation à être scolarisées.

Tableau 4.2 Taux de scolarisation des enfants selon le statut familial, le milieu de résidence et le sexe en 1996

| | Milieu urbain | | Milieu rural | | Ensemble | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Statut familial | Masculin | Féminin | Masculin | Féminin | Masculin | Féminin |
| **Ensemble des ménages** | | | | | | |
| Enfant du CM | 77,9 | 67,9 | 49,0 | 28,6 | 57,0 | 39,9 |
| Petits-fils du CM | 66,7 | 55,0 | 53,8 | 30,2 | 58,3 | 38,1 |
| Frères/Soeurs CM | 85,7 | 35,7 | 42,7 | 17,5 | 49,0 | 20,8 |
| Autres parents | 75,6 | 35,0 | 52,5 | 20,1 | 61,9 | 26,4 |
| Enfants adoptés | 62,1 | 27,7 | 52,1 | 22,0 | 55,8 | 24,1 |
| Enfants confiés | 68,4 | 26,5 | 53,3 | 14,3 | 59,2 | 20,9 |
| Total | 76,0 | 54,5 | 49,5 | 26,6 | 57,3 | 35,7 |
| **Ménages dirigés par des hommes** | | | | | | |
| Enfant du CM | 77,8 | 66,4 | 48,4 | 27,6 | 56,2 | 38,2 |
| Petits-fils du CM | 54,9 | 45,8 | 46,9 | 27,9 | 49,0 | 32,4 |
| Frères/Soeurs CM | 83,3 | 28,6 | 42,0 | 161,0 | 47,3 | 17,4 |
| Autres parents | 69,1 | 35,7 | 52,4 | 161,0 | 58,5 | 23,5 |
| Enfants adoptés | 66,7 | 30,6 | 51,1 | 21,1 | 56,9 | 24,3 |
| Enfants confiés | 68,8 | 24,5 | 55,6 | 14,6 | 60,5 | 19,8 |
| Total | 75,4 | 54,2 | 48,4 | 25,2 | 55,8 | 33,9 |
| **Ménages dirigés par des femmes** | | | | | | |
| Enfant du CM | 78,5 | 77,7 | 59,7 | 41,3 | 67,9 | 56,8 |
| Petits-fils du CM | 75,8 | 62,3 | 67,6 | 33,7 | 71,4 | 45,1 |
| Frères/Soeurs CM | 100,0 | 42,9 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 50,0 |
| Autres parents | 90,2 | 33,8 | 52,9 | 37,7 | 73,3 | 35,5 |
| Enfants adoptés | 0,0 | 18,8 | 66,7 | 28,6 | 40,0 | 23,3 |
| Enfants confiés | 66,7 | 36,8 | 33,3 | 11,1 | 50,0 | 28,6 |
| Total | 79,2 | 55,2 | 61,4 | 36,7 | 69,8 | 45,6 |

Source : EDSB-I 1996

Pour mieux comprendre les indicateurs de scolarisation des enfants sans lien de parenté avec le chef de ménage, il importe de rappeler quelques caractéristiques de ces enfants.

En milieu urbain, et à Cotonou en particulier, ils sont principalement les victimes de pratique très courante du placement non protégé dans des familles d'accueil en ville. Il s'agit d'enfants (généralement âgés de 8 à 15 ans) qui travaillent de 10 à 12 heures par jour, au profit de leurs parents, de collatéraux ou de tiers.

On s'est intéressé à l'occupation des enfants de 10 à 14 ans et plus (les données de recensement général ne saisissent l'occupation qu'à partir de cet âge) afin de jeter une lumière sur les activités de ceux qui ne sont pas à l'école.

Dans l'ensemble de Cotonou, 35,7 % ne vont pas à l'école dont 15,5 % déclarés inactifs, 6,6 % à l'apprentissage, 3,9 % aides familiaux 1,7 % salariés, et 1 % travaillant à leur propre compte.

Mais fait caractéristique, sur les 1591 enfants de 10 à 14 ans déclarés inactifs 1585 (soit 99,6 %) sont des filles, donc en fait des "aides" de leurs tutrices ou mères dans leurs activités. De même, sur les 170 salariés, 166 sont des filles soit 97,6 %.

Sur les 103 indépendants, 85 sont des filles soit 82,5 %. On observe une entrée plus précoce des filles dans l'activité exercée.

Dans les communes rurales également, les enfants de 10 à 14 ans ne fréquentant pas l'école sont dans leur grande majorité utilisés comme aides-familiaux. L'apprentissage moderne est très limité. Mais ici également, l'on constate que les enfants déclarés inactifs sont en quasi-totalité des jeunes filles.

## 4.3 Inégalité d'accès des enfants à l'école selon la présence des parents biologiques dans le ménage

Avec un taux de scolarisation de 25,5 % (contre une moyenne d'ensemble de 35,7 % pour l'ensemble des filles) les filles n'ayant aucun parent biologique présent dans le ménage sont nettement moins scolarisées que les autres. La même tendance ne s'observe pas au niveau des garçons où les écarts sont à peine perceptibles, et on peut en conclure que la scolarisation des garçons n'est nullement influencée par la présence de parents biologiques dans le ménage, que celui-ci soit dirigé par un homme ou par une femme, qu'il réside en milieu rural ou en ville.

Tableau 4.3 Taux de scolarisation des enfants selon le milieu de résidence, le sexe et la présence des parents biologiques dans le ménage

| Présence de parents Biologiques | Milieu urbain | | Milieu rural | | Ensemble | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Masculin | Féminin | Masculin | Féminin | Masculin | Féminin |
| **Ensemble des ménages** | | | | | | |
| Père et mère présents | 75,6 | 64,7 | 47,5 | 26,6 | 54,7 | 36,7 |
| Seul père présent | 84,4 | 75,0 | 51,7 | 35,3 | 62,4 | 48,4 |
| Seule mère présente | 76,6 | 72,2 | 54,9 | 33,3 | 62,6 | 47,7 |
| Aucun parent présent | 70,7 | 31,9 | 53,3 | 20,6 | 60,0 | 25,5 |
| Total | 76,0 | 54,5 | 49,5 | 26,6 | 57,3 | 35,7 |
| **Ménages dirigés par des hommes** | | | | | | |
| Père et mère présents | 75,6 | 64,8 | 47,5 | 26,6 | 54,6 | 36,6 |
| Seul père présent | 84,1 | 74,7 | 51,9 | 35,5 | 62,3 | 48,4 |
| Seule mère présente | 70,6 | 50,0 | 45,1 | 21,5 | 48,7 | 28,8 |
| Aucun parent présent | 66,0 | 30,5 | 51,0 | 17,8 | 56,1 | 22,8 |
| Total | 75,4 | 54,2 | 48,4 | 25,2 | 55,7 | 34 |
| **Ménages dirigés par des femmes** | | | | | | |
| Père et mère présents | 80,0 | 57,1 | 53,3 | 33,3 | 60 | 42,1 |
| Seule mère présente | 77,5 | 80,2 | 61,6 | 43,0 | 68,6 | 59,2 |
| Aucun parent présent | 80,0 | 35,0 | 63,8 | 30,4 | 72,5 | 32,7 |
| Total | 78,8 | 55,4 | 61,4 | 36,7 | 69,6 | 45,6 |

Source : EDSB-I 1996

En revanche, lorsqu'il s'agit d'une fille, ses chances de scolarisation sont fortement déterminées par la présence de parents biologiques dans le ménage. C'est ainsi que les filles n'ayant aucun parent biologique dans le ménage ont nettement moins de chances d'être scolarisées que les autres. La situation de ces filles est encore moins bonne dans les ménages dirigés par des hommes que dans ceux dirigés par des femmes. C'est en effet parmi ces filles qu'on dénombre les plus fortes proportions de "Vidomègon".

Dans les ménages dirigés par des femmes en milieu urbain, la présence de la mère est déterminante pour accroître les chances de scolarisation des enfants, que ceux-ci soient des filles ou des garçons. On constate même que les filles dont la mère est présente dans ces ménages ont statistiquement les mêmes chances de scolarisation que les garçons. On n'observe pas une tendance similaire en milieu rural, même si cette catégorie de filles y a des chances de scolarisation au-dessus de la moyenne. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les femmes chefs de ménages sont dans une situation particulière qui les prédispose à rechercher davantage la promotion sociale de leurs enfants (filles ou garçons). En effet la fonction de chef de ménage est traditionnellement assurée par les hommes au Bénin, et elle ne revient aux femmes que dans des situations particulières (cas de veuvage, de divorce ou de polygamie), où la réussite de leurs enfants peut être perçu comme un défi à relever.

## 4.4 Inégalité d'accès à l'école des filles selon la fréquentation scolaire des frères et sœurs

Cette section est basée sur les données de l'enquête légère auprès des ménages portant sur les villes de Cotonou, Porto-Novo, Parakou et Abomey-Bohicon. Il s'agit donc des villes du Bénin où on constate les niveaux de scolarisation les plus élevés.

Au sujet de l'impact de la scolarisation des frères et sœurs sur les chances d'accès de l'enfant à l'école, il apparaît assez nettement que les filles dont aucun frère (ou sœur) n'est scolarisé ont moins de chance d'aller à l'école que les autres, que l'enfant soit de sexe masculin ou du sexe féminin (Dossou et autres, 1998). Remarquons cependant que les probabilités de scolarisation des filles sont plus sensibles (que celles des garçons) au fait qu'au moins un frère (ou sœur) va à l'école. Ainsi les filles dont tous les frères (ou sœurs) vont à l'école ont près de deux fois plus de chances d'être scolarisées que celles dont aucun frère (ou sœur) ne va à l'école. Cette discrimination est encore plus prononcée d'une part lorsque le ménage est dirigé par une femme, et d'autre part lorsque c'est, au moins, une sœur qui va à l'école.

Tableau 4.4 Taux de scolarisation des filles selon que les frères ou soeurs vont à l'école ou non

| Scolarisation de frère ou soeur | Scolarisation de frère | Scolarisation de soeur |
|---|---|---|
| **Ensemble des ménages** | | |
| Aucun | 559 | 495 |
| Certains | 692 | 718 |
| Tous | 914 | 929 |
| Total | 706 | 706 |
| **Ménages dirigés par des hommes** | | |
| Aucun | 569 | 520 |
| Certains | 682 | 704 |
| Tous | 901 | 919 |
| Total | 700 | 700 |
| **Ménages dirigés par des femmes** | | |
| Aucun | 530 | 429 |
| Certains | 720 | 759 |
| Tous | 946 | 949 |
| Total | 721 | 721 |

Source : ELAM7bis

Par ailleurs, les filles dont aucune soeur ne va à l'école ont moins de chance d'être scolarisées que celles dont aucun frère ne va à l'école. Par contre, dès qu'au moins une de ses soeurs va à l'école, une fille a plus de chance d'être scolarisée.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'école béninoise a connu de nombreuses mutations depuis l'indépendance du pays en 1960. Ainsi, trois réformes ont marqué l'enseignement primaire : la réforme « Grosse-Tête/Dossou-Yovo » (1971), « l'École Nouvelle » (1975) et la réforme de 1991.

Au niveau de la demande exprimée, les effectifs d'élèves dans l'enseignement primaire ont augmenté à un taux annuel moyen de 6,1 % de 1962 à 1996, soit à un rythme deux fois supérieur à celui de la croissance globale de la population.

Malheureusement, cette dynamique des effectifs scolaires reste insuffisante et ne profite pas assez aux filles dont l'accès à l'école demeure très limité. En 1996, plus d'un ménage sur trois n'envoie aucun enfant à l'école et moins d'un tiers des ménages seulement scolarise la totalité de leurs enfants (Dossou et autres, 1998).

Hormis l'insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières pourtant indispensables au développement du secteur de l'éducation, nombre de causes structurelles sous-tendraient les résistances observables çà et là au Bénin à l'égard de l'école en général, et de la scolarisation des filles en particulier.

La présente étude a permis de mettre en exergue plusieurs hypothèses pour expliquer en partie la faible fréquentation scolaire des filles. Le niveau d'instruction des parents et le milieu de résidence ont un impact sensible sur la scolarisation des enfants. Mais à niveau d'instruction équivalent, le milieu de résidence détermine le comportement des parents. Par ailleurs, les femmes chefs de ménage scolarisent mieux que les hommes. Mais cette meilleure disposition des femmes vis-à-vis de l'école ne profite pas outre mesure aux filles car les hommes comme les femmes ont une préférence marquée pour la scolarisation des garçons. Lorsqu'un ménage scolarise tous ces enfants, c'est souvent le signe que ce ménage compte une proportion élevée de garçons parmi les enfants et inversement.

Au-delà des problèmes financiers qui constituent un handicap souvent non déterminant en milieu rural, les facteurs qui influencent le plus la scolarisation des enfants sont :

le niveau d'instruction des parents;
le comportement de certains enseignants qui abusent des filles;
la finalité de l'école qui ne permet pas à l'enfant, notamment la fille de se réaliser comme le souhaiteraient les parents;
la faible propension des filles à cohabiter avec leurs parents alors que les enfants les mieux scolarisés sont ceux qui vivent avec leurs parents biologiques.

En définitive, comme l'a souligné Aguessy (1982), la désaffection des familles "tourne autour du décalage entre les espoirs et l'espérance servis comme un mirage à la population qui s'est laissée convaincre progressivement d'une part, le manque de moyens sécrétant le traumatisme et l'angoisse, d'autre part".

Avec ces quelques éléments d'analyse, il est aisé de se fixer sur certains des mobiles qui justifient la faiblesse de la demande d'éducation des filles au Bénin. La question qui demeure posée est de savoir que faire face à cette situation.

Faut-il se contenter de scolariser une catégorie d'enfants et voir les disparités s'accentuer chaque jour davantage entre les couches sociales du pays?

Peut-on espérer à l'étape actuelle que les distorsions constatées se réduisent au point de susciter plus d'engouement de la part des communautés pour la scolarisation des filles?

Quelles actions concrètes entreprendre pour opérer le renversement des tendances actuelles?

Ce qu'il conviendrait de faire, c'est changer l'image actuelle de l'école. À l'école extravertie, il est urgent de substituer l'école qui tienne grand compte des réalités socio-culturelles et des besoins des communautés au sein desquelles elle est implantée. Il faut en définitive reconnaître avec la défunte "école nouvelle" qu'il "n'y a pas de problème scolaire à résoudre isolément. Il y a un problème de développement dont le problème scolaire est un élément important [2]".

Les actions à engager dans ce sens recouvrent plusieurs dimensions.

Dans un premier temps, il s'agira de renforcer l'implication des communautés dans la résolution de leurs problèmes de développement (éducation, santé, production et autres) pour les aider à se prendre en charge et à se départir de l'habitude consistant à appliquer quotidiennement des solutions peu durables aux problèmes de leur existence.

C'est là une œuvre de longue haleine qui va nécessiter pour l'école surtout, l'amélioration des conditions de travail (infrastructures, équipement) puis des enseignants bien formés en nombre suffisant. Ces mesures d'accompagnement permettront de rassurer bon nombre de parents sur la sécurité du cadre scolaire et sur l'efficacité du système dans lequel ils sont invités à introduire et/ou à maintenir leurs enfants.

Un meilleur niveau de vie des familles, celui des mères en particulier, contribuerait à accroître davantage la scolarisation des enfants, tous sexes confondus. Il faudrait alors encourager la constitution des groupements féminins et assurer leur formation à des activités génératrices de revenus. L'autonomie que ces femmes vont ainsi acquérir sur le plan économique leur permettra d'assurer, sans nécessairement attendre le concours de leurs conjoints, la scolarisation de leurs enfants.

Une vaste campagne de plaidoyer devra être engagée pour mobiliser en permanence les populations autour de la scolarisation de tous les enfants sans considération de sexe et d'âge. De gros efforts restent à être déployés dans les zones rurales où il n'est pas toujours aisé d'amener les populations à un changement de comportement.

---

[2] MEPD, Programme National d'Édification de l'École Nouvelle, ONEPI, Cotonou 1975

# RÉFÉRENCES


Aguessy, Honorat.1982. *Libérer l'initiative africaine*. Ed. Laboratoire de Sociologie. Cotonou.

Akpaka, Odile. 1988. *Étude des principales causes de la déperdition scolaire chez les jeunes filles dans la Province du Mono.* CBRST, Cotonou.

Akpaka, Odile. 1991. *Les aspects socio-culturels de la fréquentation des filles au niveau primaire au Bénin.* UNESCO, Cotonou.

Akpaka, Odile, Léa Gaba. 1991. *Les aspects socio-culturels de la fréquentation des filles au niveau primaire au Bénin.* UNESCO, Cotonou.

Chabi Agba Barka, Atagara. 1991. *Influence de la culture attelée sur la fréquentation scolaire dans le Département du Borgou : Cas de la Sous-Préfecture de Bembèrèkè.* Mémoire de Fin d'Etudes, INFRE, Porto-Novo 80 p.

Dossou S., K. Guingnido, M. Laourou et K. Zounon. 1998. *Comportements des ménages en matière de scolarisation des enfants au Bénin.* INSAE/PNUD. Cotonou.

GECA - Prospective. 1995. *Étude sur les facteurs affectant la demande sociale de l'éducation.* MEN, Cotonou.

Gomido D., Alphonse C. 1990. *Réflexion sur la réticence des parents d'élèves face à la scolarisation des filles : cas du district rural de Klouékanmè, province du Mono.* Mémoire de Fin d'Etudes, INFRE, Porto-Novo 101 p.

Guingnido K., M. Laourou et K. Zounon. 1997. *Etude sur les déterminants familiaux de la scolarisation au Bénin : Phase 1 étude exploratoire*. INSAE/PNUD, Cotonou.

INSAE. 1994. *Deuxième recensement général de la population et de l'habitation du Bénin : février 1992.* Volume 2, Analyse des résultats, Tome 3.

INSAE/PNUD. 1994. Suivi des caractéristiques et comportements des ménages et des groupes vulnérables en situation d'ajustement structurel. ELAM IV.

INSAE/PNUD. 1996. Profil de la pauvreté urbaine et caractéristiques socio-économiques des ménages urbains (à paraître).

Kodjogbe N., G. Mboup, J. Tossou et al. 1997. *Enquête démographique et de santé Bénin 1996.* Calverton, Maryland, U.S.A. : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc.

MDR/PNUD. 1996. Profil de la pauvreté rurale et caractéristiques socio-économiques des ménages ruraux.

Marcoux R. 1995. Fréquentation scolaire et structure démographique des ménages en milieu urbain au Mali. *Cahier des Sciences Humaines*, 31 (3) 1995 : 655-674.

MEN. 1990. *Actes des États Généraux de l'Éducation.* Cotonou

MEPD. 1975. *Programme National d'Édification de l'École Nouvelle.* ONEPI, Cotonou.

MENRS. 1997. *Table ronde sur le secteur de l'éducation.* Cotonou.

MPREPE. 1998. *Plan d'orientation 1998-2002.* Rapports thématiques. Cotonou.

MPREPE-CNRHP. 1996. *Déclaration de Politique de Population de la République du Bénin.* Cotonou.

Pilon, M. 1995. Les déterminants de la scolarisation des enfants de 6 à 14 ans au Togo en 1981 : apports et limites des données censitaires. *Cahier des Sciences Humaines.* 31 (3) 1995 : 697-718.

PNUD. 1998a. Étude sur les déterminants de la demande d'éducation formelle en milieu rural. *Rapport National, Représentation du PNUD.* Cotonou.

PNUD. 1998b. *Rapport sur le développement humain.* Représentation du PNUD, Cotonou.

République du Bénin. 1997. *Programme d'Action du Gouvernement.* Cotonou.

UNICEF. *Enfants et Femmes, Avenir du Bénin.* Cotonou 1996, p.90.